

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y  
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

**EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LA DEPRESIÓN:  
SITUACIÓN ACTUAL Y TRAS LA REALIZACIÓN  
DE UN CURSO EN HABILIDADES  
DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS.**

**TESIS DOCTORAL**

**RICARDO MANZANERA ESCARTI**

**2013**

# **INDICE**

**1) SUMMARY (p6)**

**2) ABREVIATURAS (p7)**

**3) INDICE DE TABLAS Y FIGURAS (p8)**

**4) INTRODUCCIÓN (p9)**

**a)**      DEPRESIÓN

**b)**      DEPRESIÓN Y ASISTENCIA PRIMARIA

**c)**      EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LA DEPRESIÓN

**d)**      FORMACIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ESPECIALIDAD DE  
            MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**e)**      CREENCIAS HACIA LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO

**5) JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS  
(p30)**

**6) MATERIAL Y METODOS (p32)**

**a)** DISEÑO

**b)** PARTICIPANTES

**c)** INTERVENCIÓN :

CURSO EN HABILIDADES DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICAS EN DEPRESIÓN

1- DESCRIPCION GENERAL

2-CONTENIDOS MODULARES

3-PROFESORADO

4-ALUMNADO

**d)** INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDIDA

1-DATOS DEMOGRÁFICOS

2-DEPRESSION ATTITUDES QUETIONNAIRE ( DAQ)

3-CUESTIONARIO DE HABILIDADES EN DEPRESIÓN (CHD)

4-SATISFACCIÓN Y UTILIDAD DEL CURSO

**e)** RECOGIDA DE DATOS

**f)** ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y MEDIDA DE RESULTADOS

## **7) RESULTADOS (p 44)**

**a)** PARTICIPANTES

**b)** RESULTADOS PRINCIPALES

1-ESTUDIO PRE-CURSO

2-ESTUDIO POST-CURSO

**c)** SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL CURSO

**d)** UTILIDAD GLOBAL DEL CURSO

**e)** CALIDAD DE LOS PROFESORES

**8) DISCUSIÓN** (p 64)

**9) CONCLUSIONES** (p 73)

**10) BIBLIOGRAFÍA** (p 74)

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero primeramente agradecer al Profesor Melchor Álvarez de Mon su inestimable ayuda mostrada durante todo el proceso de planificación, desarrollo y elaboración final de esta tesis doctoral. Mas allá de su innegable calidad científica e investigadora, aprecio el trato afectivo que dedica a sus colegas, colaboradores , alumnos y su constante defensa de la investigación y la docencia.

Agradecer a La Dra. Inmaculada Gilaberte Ansin ,Co-directora de esta tesis, su constante apoyo y disponibilidad. Así mismo, agradecerle sus sugerencias y ayuda en la elaboración del proyecto. Su pasión por la investigación en salud mental y su dominio en el campo de las neurociencias son francamente patentes.

Agradecer a Eli Lilly & Co S.L España por la constante apuesta por la educación a los profesionales de la Salud en nuestro país. Su apoyo y colaboración con la Universidad de Alcalá en programas educativos encaminados a la mejora de las habilidades diagnosticas y terapéuticas en diferentes áreas de la patología, son muestra clara de su responsabilidad corporativa con la clase médica y la sociedad en general.

Agradecer a CLOVER –Soluciones globales de marketing-, su contribución en la logística y desarrollo del estudio base de esta tesis doctoral y la facilitación en la implementación de la actividad docente- Tu Paciente y Tu: Caminando Juntos- en todo el territorio nacional. Gracias a todos por vuestra profesionalidad y buen saber hacer.

Agradecer por último a todos los profesionales que han participado anónima y voluntariamente en éste estudio.

# 1-SUMMARY

**Background:** Depression is a common disorder, it causes significant bio-psychological and social distress, reduces quality of life and is associated with an increased morbidity and mortality. The overall management of depression in primary care is often far from ideal with less than 50% of patients properly diagnosed and treated. Health professionals' attitudes are likely to play an important part in the recognition and management of depression.

**Objectives:** To describe the attitudes towards depression and perceptions about diagnosis and treatment in a sample of Spanish general practitioners and evaluate the impact of a training-course on them.

**Method:** A pre-post intervention study. Two questionnaires are used: DAQ (Depression Attitudes Questionnaire)-Spanish validated version and CHD (Diagnostic and Therapeutic Skills in Depression Questionnaire).

**Results:** 970 General practitioners completed the study, 67.8% were female. The average age was 47 years with an average of 25 working in primary care. 50% of the participants had completed previous training in mental health in the past 5 years. There is an agreement about the raised incidence of people with depression seen in general practice, most of them caused by adversities of life. 80% consider that major depression is caused by altered brain biochemistry. More than 50% think dealing with depressive patients is a hard work, but a minority consider it as an unpleasant task. Antidepressant and Psychotherapy both are useful treatments, 57% think that specialists must deliver psychotherapy. The vast majority consider the positive role of Nurses in the management of depressive patients. More than 50% believe they have insufficient diagnostics and therapeutics skills to deal with depressive patients with predominant somatic symptoms. After training, a positive impact on attitudes and perceptions towards depression is observed, most markedly in aetiology (more than 62% consider deprivation in the early years as a cause of depression in contrast with 42% in the basal study and only 27% consider difficult making a difference between patients with unhappiness and with clinical depression), treatment (the specialist must deliver psychotherapy considered by 23% in contrast of a 57% in the basal study). The perceptions on diagnostics and therapeutics skills changed positively after the intervention with a large improvement on diagnostics skills (90% feel they have diagnostic skills to deal with depressive patients with somatic symptoms and to communicate properly with them in clear contrast with 42% in the basal study) and Therapeutics (93% know how to use different antidepressants in contrast of 50% in the basal study, 73% feel they have knowledge to use easily implemented psychotherapeutic techniques in primary care in contrast of 30% in the pre-intervention study).

**Conclusions:** 1-there is an insufficient knowledge on aetiology, diagnosis and therapeutics in 50% of participants. 2-attitudes and clinical skills are non – dependent of age, professional qualification, years of practice or previous training in mental health. 3-completing a training course produced a positive impact on attitudes towards depression and perceptions of clinical management of this disorder, independently of age, previous training and years of profession.

## 2-ABREVIATURAS

**CIE-10 AP** : clasificación internacional de las enfermedades-  
versión 10.

**DSM-IV AP** : Manual de diagnóstico de las enfermedades  
mentales-versión IV.

**DAQ** : Depression Attitudes Questionnaire-Cuestionario de  
aptitudes hacia la depresión.

**CHD** : Cuestionario de Habilidades en Depresión.

**PUNS** : Patient unmet needs

**DENS** : Doctor educational needs

**p** : Página

### 3-RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

**Figura 1:** Población Total del estudio y Población por Protocolo

**Tabla 1:** Distribución de los participantes en el estudio

**Tabla 2:** Datos socio-demográficos de los participantes en el estudio

**Tabla 3:** Distribución geográfica nacional por provincias de procedencia

**Tabla 4:** Resultados pre-curso versus post-curso. DAQ 5 categorías.

**Tabla 5:** Resultados pre-curso versus post-curso. DAQ 3 categorías.

**Tabla 6:** Resultados pre-curso versus post-curso. CHD 5 categorías.

**Tabla 7:** Resultados pre-curso versus post-curso. CHD 3 categorías.



## **4-INTRODUCCIÓN**

### **a) DEPRESIÓN**

La Depresión mayor-DM ( trastorno depresivo, enfermedad depresiva o depresión )- es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos ( tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida),aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que puede hablarse de una afectación global de la vida psíquica con especial énfasis en la esfera afectiva y la presencia de otros síntomas con el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.( Espinosa A, et al , 2007)

Por depresión (DM) entendemos un estado de animo caracterizado por la perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, cansancio exagerado, disminución de la atención y la concentración, perdida de la autoconfianza, sentimientos de inferioridad, de culpa, perspectiva pesimista sobre el futuro, pensamientos auto-destructivos con conducta suicida o autoagresiones, trastornos del sueño, la alimentación y la conducta sexual, trastornos neurovegetativos y dolor crónico. Todos ellos ,en mayor o menor incidencia, forman parte del conjunto sintomático polimorfo denominado depresión. Polimorfismo sintomático y heterogeneidad en sus presentaciones, son característicos de este trastorno.(Kaplan H, et al,2006 ; Vallejo Ruiloba J, et al, 2006 )

La enfermedad depresiva es uno de los cuadros mentales mas frecuentes en la población general, asociándose a una morbilidad sustancial y a una carga importante para los servicios de salud, tanto por el sufrimiento de los enfermos y sus familiares como por el coste económico derivado del uso de los diferentes servicios sanitarios, de la invalidez profesional temporal y de la merma en la calidad y proyección de la vida para los sujetos afectos de esta enfermedad. (Ayuso JL, et al, 2001 ; Ustun TB , et al, 2004 )

La depresión se estudia dentro del campo general de los trastornos afectivos. Los síntomas que constituyen el cuadro clínico son susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos, cuya adecuada utilización permite un diagnostico mas homogéneo de estos cuadros.

Dos son las principales clasificaciones internacionales utilizadas para el diagnostico de depresión: la clasificación internacional de las enfermedades de la organización mundial de la salud (OMS) en su versión 10 (CIE-10 ) y el manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales en su versión IV de la asociación americana de psiquiatría-APA (DSM-IV ), (CIE- 10,1999 ; Pincus HA, et al,1997).

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV tienen versiones para asistencia primaria. Estas versiones tratan de simplificar las clasificaciones para dotarlas de mayor sencillez y manejabilidad. Así:

CIE-10 AP- distingue cuatro entidades:

F32	Depresión
F31	Depresión bipolar
F34.1	Distimia
F38.00	Trastorno mixto ansioso-depresivo

DSM-IV AP-distingue cuatro entidades:

<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Trastorno Depresivo Mayor</li> <li>⤴ Distimia</li> <li>⤴ Trastorno Adaptativo</li> <li>⤴ Trastorno Depresivo no especificado.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Trastorno depresivo menor</li> <li>⤴ Trastorno depresivo breve recidivante</li> <li>⤴ Trastorno ansioso-depresivo</li> <li>⤴ Trastorno disfórico premenstrual</li> <li>⤴ Depresión enmascarado</li> </ul>
---	--

Las enfermedades que alteran el estado de animo, se agrupan y clasifican nosológicamente según las anteriores clasificaciones, pero ciertas consideraciones dificultan su abordaje: así, la tristeza y el animo deprimido no son exclusivas ni diagnosticas del trastorno depresivo mayor; exige unos criterios muy definidos para su clasificación, y seguramente la polisemia del termino depresión ( relativo a un síntoma, a un síndrome, o a un grupo de enfermedades ) dificulta la comprensión de los trastornos del animo.(Kaplan H, et al, 2006 ; Vallejo Ruiloba J, et al, 2005)

El DSM-IV define el trastorno depresivo mayor (TDM) como la presencia de cinco síntomas, de los cuales, al menos uno será de los dos primeros listados (DSM-IV-TR, 2002 ):

- ✧ Estado de animo depresivo
- ✧ Anhedonia o perdida del interés
- ✧ Perdida o aumento de peso ( 5% en un mes )
- ✧ Insomnio o hipersomnia
- ✧ Agitación o inhibición psicomotoras
- ✧ Fatiga o perdida de energía
- ✧ Sentimientos de inutilidad o culpa
- ✧ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- ✧ Pensamiento recurrente de muerte o ideación suicida

La CIE-10 distingue entre síntomas principales y asociados. El diagnostico de depresión se establece con la combinación de los anteriores ( 2 síntomas principales y 2 asociados ) ( CIE-10,1996):

Síntomas principales:

- ✧ Estado de animo bajo o tristeza
- ✧ Perdida de interés o anhedonia
- ✧ Astenia o disminución de la actividad

Síntomas asociados:

- ✧ Trastornos del sueño
- ✧ Alteración del apetito
- ✧ Disminución de la libido
- ✧ Variación circadiana del estado del animo
- ✧ Enlentecimiento de movimientos
- ✧ Agitación
- ✧ Dificultades de concentración
- ✧ Baja autoestima o vivencias de culpa
- ✧ Pesimismo o desesperanza
- ✧ Pensamiento o conducta suicida

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV consideran que los síntomas deben de estar presentes al menos dos semanas para poder diagnosticar un trastorno depresivo.

La evaluación de un cuadro depresivo se realiza habitualmente mediante la clínica que permite apreciar la multitud de signos y síntomas, siendo pocas veces necesario recurrir a los cuestionarios y pruebas diagnosticas. La evaluación sintomática debe de tener en cuenta la presencia de síntomas cardinales (tristeza, anhedonia, enlentecimiento y, con menos frecuencia agitación psicomotora). Algunos síntomas son evidentes (llanto, variación del peso corporal), mientras que otros requieren de una búsqueda mas activa (la perdida para disfrutar de actividades placenteras o cotidianas, las ideas de ruina, muerte o bien, la ideación suicida). Las depresiones inhibidas y las que cursan con un fuerte componente somático son mas difíciles de diagnosticar.(Álvarez E, et al, 2003 ; Soria V, et al , 2006)

La evaluación psicométrica no puede sustituir a la exploración psicopatológica, pero permite realizar detecciones sistemáticas, complementar el diagnostico y obtener indicadores de gravedad y de evolución del cuadro depresivo. Se apoya en la utilización de escalas, que deben de cumplir varios requisitos y explorar distintas áreas : humor depresivo, nivel de ansiedad, síntomas motores, síntomas de la esfera cognitiva, funcionamiento social y síntomas vegetativos para poder tener validez de contenido.

Las escalas pueden ser auto administradas ( Inventario para la depresión de Beck, escala de Zung ) o hetero administradas ( Escala de Hamilton para la depresión, escala de Montgomery-Asberg para la depresión, test de las dos preguntas de Golberg, PHQ-9). Estas escalas están ampliamente consolidadas y aunque no sustituyen a la propia entrevista clínica ayudan enormemente a establecer el diagnostico de depresión y clasificarlo en leve, moderado o grave. La escala que se utiliza con mayor frecuencia es la de Hamilton para la depresión en su versión reducida de 17 ítems. El inventario de Beck es el segundo mas frecúentele utilizado.( Álvarez E, et al, 2003 ; Arbesu JA ,et al, 2006)

En la siguiente tabla se muestran la escala de severidad de la depresión medida por el test de Hamilton y el inventario de Beck respectivamente:

	No depresión	Leve/Menor	Moderada	Grave
HAMILTON PARA DEPRESION HAMD	0-7	08-13	14-18	19-23
INVENTARI O PARA LA DEPRESION DE BECK	0-9	10-16	17-29	30-36

La depresión presenta algunos rasgos clínicos comunes con otros cuadros psiquiátricos. En el caso del trastorno bipolar aparecen cuadros maniacos que ayudan a diferenciarlo de un trastorno depresivo mayor puro. La Distimia presenta menos síntomas y un curso mas prolongado ( mayor de 2 años ). Los trastornos de adaptación presentan un menor numero de síntomas específicos de depresión y se presentan tras un estresor social, familiar o laboral.( Álvarez E, 2003).

Mayor complejidad diagnostica supone diferenciar una reacción de duelo o la tristeza genuina de una depresión clínica. En las reacciones de tristeza y en la de duelo hay desencadenantes claros, un estresor social y o personal, en la tristeza genuina y la muerte de un ser querido en la reacción de duelo. Cuando el duelo se prolonga mas de dos meses establecidos y la sintomatología no remite, se considera duelo patológico, en donde, las ideas de culpa, inutilidad, desesperanza y muerte permiten establecer el diagnostico de una depresión mayor asociada. Es un error muy común confundir la tristeza con una depresión clínica. La medicalización de la tristeza es un hecho desgraciadamente frecuente en asistencia primaria. ( Álvarez E, et al, 2003 ; Vallejo Ruiloba J, et al, 2005 )

Los trastornos de Ansiedad, sobre todo la ansiedad generalizada ,son muy frecuentes. Ambos trastornos (afectivos y de ansiedad ) presentan síntomas comunes. La ansiedad como síntoma aparece hasta en el 60% de los cuadros depresivos. Tanto la CIE-10 como el DSM-IV admiten la existencia del Trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno que para muchos autores supone el mas frecuente de la patología psiquiátrica. ( Katon W, et al, 2007)

En los trastornos de personalidad pueden presentarse cuadros depresivos, o bien aparecer signos y síntomas que lo asemejan.

En la esquizofrenia y en algunos trastornos delirantes pueden aparecer síntomas depresivos o injertarse una depresión mayor. La demencia puede coexistir con depresión o la depresión puede incluso debutar con síntomas cognitivos (pseudo-demencia ), sobre todo en los ancianos. ( Moussavie S, et al , 2007)

Los trastornos somatomorfos frecuentemente presentan síntomas depresivos o pueden coexistir con una depresión franca. Los trastornos de la alimentación y de la imagen corporal presentan frecuentemente sintomatología depresiva. La depresión puede aparecer en la evolución de cualquier cuadro psiquiátrico, complica el pronóstico funcional de los cuadros de base y aumenta el riesgo auto lítico de los enfermos. ( Katon W, et al, 2007 ; Moussavi S , et al, 2007)

La depresión mayor puede ser causa o consecuencia de enfermedades orgánicas, o del consumo o retirada de sustancias, ya sea de abuso o de consumo.

En los accidentes cerebro-vasculares aparece depresión en la fase aguda y en la de convalecencia con relativa frecuencia. En las enfermedades metabólicas la depresión es frecuente, en la diabetes mellitus aparece sintomatología depresiva en mas de un tercio de los enfermos. Las enfermedades del tiroides y las glándulas suprarrenales se acompañan frecuentemente de depresión y en caso del hipotiroidismo, el trastorno depresivo suele ser la manifestación clínica inicial. Las enfermedades cardiovasculares cursan con depresión frecuentemente. El pronóstico cardiovascular y metabólico de los enfermos empeora cuando se asocia patología depresiva. ( Benitez M, et al, 2004).

El consumo de ciertos fármacos ( neurolépticos, anticolinérgicos, betabloqueantes, corticoides, interferon e inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina entre los mas frecuentemente relacionados) pueden producir depresión o agravar la ya existente. El alcoholismo y cualquier cuadro adictivo son causas frecuentes de patología depresiva, pudiendo aparecer tanto en las fases de consumo como en las fases de privación y/o deshabitación.

Las enfermedades virales, inmunológicas y oncológicas producen frecuentemente sintomatología depresiva y pueden asociarse a depresión mayor. Cualquier enfermedad crónica orgánica puede provocar y/o asociarse a un trastorno depresivo. (Egede LE, et al, 2007).

En la siguiente tabla se muestran las enfermedades medicas y las sustancias de consumo farmacológico y/o recreativo , asociadas a depresión:

ENFERMEDADES MEDICAS	SUSTANCIAS
<b>Neurológicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Enf de Alzheimer</li> <li>⤴ Enf de Parkinson</li> <li>⤴ Enf de Wilson</li> <li>⤴ Enf de Huntington</li> <li>⤴ Esclerosis Múltiple</li> </ul>	Propanolol y beta bloqueantes Alfa-metildopa Clonidina L-dopa Digoxina Inhibidores de la enzima convertora de angiotensina Antagonistas del calcio Hidralazina Diuréticos Hipolipemiantes Antinflamatorios Interferón Antibióticos Corticoesteroides Anticonceptivos Anabolizantes esteroideos Analgésicos Neurolépticos Benzodiacepinas Anticonvulsivantes Anfetaminas Opiáceos Baclofeno Barbitúricos Antineoplásicos Anticolinérgicos Alcohol
<b>Endocrinas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Hipotiroidismo</li> <li>⤴ Hipertiroidismo</li> <li>⤴ Hipoparatiroidismo</li> <li>⤴ Hiperparatiroidismo</li> <li>⤴ Enf de Cushing</li> <li>⤴ Enf de Addison</li> <li>⤴ Hipogonadismo</li> <li>⤴ Diabetes Mellitus</li> <li>⤴ Hipoglucemia</li> </ul>	
<b>Cardiovasculares:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Infarto de Miocardio</li> <li>⤴ Miocardiopatías</li> <li>⤴ Hipertensión arterial</li> </ul>	
<b>Reumatológicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Lupus eritematoso sistémico</li> <li>⤴ Artritis reumatoide</li> <li>⤴ Síndrome carcinoide</li> </ul>	

- ⤴ Fibromialgia
- ⤴ Dolor reumático crónico

**Infecciosas:**

- ⤴ SIDA
- ⤴ Encefalitis
- ⤴ Mononucleosis
- ⤴ Sífilis
- ⤴ Brucelosis
- ⤴ Gripe
- ⤴ Tifoidea
- ⤴ Hepatitis víricas

**Oncológicas:**

- ⤴ Cáncer de Páncreas
- ⤴ Tumores abdominales
- ⤴ Neoplasias cerebrales
- ⤴ Linfomas

**Otras:**

- ⤴ Anemias
- ⤴ Hipovitaminosis
- ⤴ Psoriasis
- ⤴ Acné
- ⤴ Cirrosis
- ⤴ Enfermedad intestinal crónica

Cocaína  
Anfetaminas  
Éxtasis y derivados  
Marihuana



Los trastornos depresivos son los trastornos afectivos mas frecuentes y junto a los problemas de ansiedad son en conjunto ,los cuadros mentales mas prevalentes. La organización mundial de la salud (OMS) cifra que una de cada cinco personas desarrollara un cuadro depresivo en su vida, y este numero aumentara si concurren otros factores como enfermedades medicas o situaciones de estrés. Se calcula que existen 120 millones de enfermos depresivos en el mundo de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces mas alta en mujeres que en los hombres . La prevalencia para los trastornos depresivos fluctúan entre el 2.9-4.8% en los hombres y entre el 7.8-10.4% en las mujeres. También se observa que la depresión afecta cada vez mas a los jóvenes.( Haro JM, et al, 2006 ; Espinosa A ,et al, 2007).

A pesar de la gran prevalencia de la depresión, se cifra que mas de la mitad de los casos de depresión no se diagnostican y de los que se diagnostican, un gran porcentaje de ellos están mal manejados. (Haro JM, et al,2006 ; Sartorius N, et al,1996 ; Weiller E, et al, 1994)

La OMS estima que en el 2020 la depresión será la segunda causa mas común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.( Sobocki P, et al, 2008 )

El mayor y mas reciente estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Europa es el ESEMED ( European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ) llevado a cabo en seis países ( Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia ).( Alonso J, et al, 2004 )

Se realizo una encuesta personal domiciliaria con una muestra representativa de la población española mayor de 18 anos que incluyo a 5.473 participantes. La tasa de respuesta española fue del 78.6%. La edad media de la muestra española fue de 45,64 a ,la tasa de personas casadas en el momento de la entrevista era del 66,6%,la tasa de empleo remunerado era de 43.8% y uno de cada cuatro entrevistados estaba jubilado. Las principales conclusiones de este estudio fueron:

- ✧ Los trastornos mentales son frecuentes en España.
- ✧ La prevalencia-vida para los trastornos mentales era del 20% y una prevalencia-año del 8.4%.
- ✧ El trastorno mental mas frecuente fue el episodio depresivo mayor con una prevalencia-ano del 3.9% y un 10.5% de prevalencia –vida.
- ✧ La comorbilidad entre los trastornos del animo y los trastornos de ansiedad era muy alta-en torno al 40%-siendo los mas comórbidos la Distimia y el Trastorno de ansiedad generalizada.(Haro JM, et al, 2006 ).

Distintos estudios realizados en España han encontrado cifras muy similares de prevalencia de los trastornos depresivos.( Bobes J , et al ,2011 )

El 15% de los pacientes con depresión se suicidan. La OMS considera al

suicidio un problema de salud pública importante y en gran medida prevenible, que se traduce en un millón de víctimas anuales en el mundo, además de unos costes económicos muy elevados. En España, el número de suicidios consumados ha aumentado en los últimos años, pasando de 1.652 en 1980 ( 1237 hombres y 415 mujeres ) a 3399 en 2005 ( 2570 hombres y 829 mujeres). Datos de 2011 cifran la tasa de suicidios en España en 15.79/100.000 habitantes-siendo la incidencia el doble en hombres que en mujeres. En la Unión europea se produjeron aproximadamente 58.000 suicidios en 2011, cifra que supera las muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA.( Haro JM, et al, 2006 ; Sobocki P, et al , 2008)

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso específico de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida que se desarrolla. ( Catalán T, et al , 2004 ; Mann JJ, 2005 )

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales y sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de tóxicos y las circunstancias laborales, ya que los desempleados y los discapacitados y las personas en baja laboral presentan depresión con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una probabilidad de desarrollar la enfermedad, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida esta implicada en el comienzo de los trastornos depresivos.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para las enfermedades físicas como mentales, las cuales comienzan a edades tempranas y tienden a la cronicidad. Así, los familiares de primer grado de pacientes con depresión tienen el doble de probabilidad de presentar este trastorno que la población general. La probabilidad sigue siendo mayor incluso en familiares de segundo grado. Esta mayor probabilidad que se observa en familiares debe atribuirse no solo a factores ambientales sino a genéticos. (Brown GW, et al, 1978 ; Weissman MM, et al, 1977 )

Se han podido localizar ciertos genes que confieren vulnerabilidad para la depresión mayor, el más conocido es el gen que codifica el transportador de serotonina y en concreto su alelo corto. Estudios del genoma humano han puesto de manifiesto la existencia de diferentes genes en cromosomas X,4,5,11,18 y 21 que juegan un papel importante en la fisiología de los trastornos afectivos. ( Holmes C, 1997) Estas alteraciones genéticas producen cambios en el funcionamiento de los receptores de ciertos neurotransmisores, de los cuales, serotonina, noradrenalina, dopamina y glutamato están involucrados. Las alteraciones en la neurotransmisión se observan en mayor o menor medida en la totalidad de los enfermos depresivos.( Mann JJ, 2005 ; Maletic V, 2008 ; McEwen BS, 2000 ; Nemeroff CB, 2002 ; Nestler J,2002 )

En la siguiente tabla se esquematizan los principales hallazgos en la etiopatogenia de la Depresión:

FACTOR ETIOPATOGENICO	HALLAZGOS DESTACABLES
Factores genéticos	Cromosomas X,4,5,11,18,21 y varios HLA
Factores bioquímicos	Desbalance Serotonina-Noradrenalina, disminución de la Dopamina y sus metabolitos, hipersecreción de cortisol y CRF, Hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo y suprarrenal, alteraciones en la secreción de gonadotropinas, de neuropeptidos, colecistocinina, somatoestatina, péptido intestinal vasoactivo, vasopresina, oxitocina y endorfinas.
Factores fisiológicos	Trastornos del sueño, alimentación y del ritmo circadiano
Factores anatómicos	Alteraciones en el sistema límbico, ganglios basales, amígdala temporal e hipotálamo.

Ciertos cuadros mentales – de los cuales el mas frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada-confieren mayor vulnerabilidad para padecer una Depresión. ( Bobes J, et al, 2001 ; Hollon SD, et al , 2006 ; Mann JJ, 2005 )

Enfermedades metabólicas, cardiovasculares e inmunológicas también se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo. Los enfermos de migraña crónica tienen mayor probabilidad de desarrollar una depresión y viceversa.(Catalán R, et al, 2004)

Afortunadamente la depresión puede tratarse. El abordaje del enfermo depresivo debe ser holístico, utilizando recursos biológicos, psicológicos y sociales. El objetivo del tratamiento es triple: curación de los síntomas somáticos y emocionales, corrección de las alteraciones neurofisiológicas y mejora de la funcionalidad social del enfermo ( Mann JJ, 2005)

La intensa investigación en Psicofarmacología iniciada a mediados del siglo pasado, con la introducción de los Inhibidores de la Monoaminoxidasa ( IMAOS ) y de la Imipramina, ha permitido obtener moléculas potentes y seguras y ha contribuido en el progresivo esclarecimiento de los mecanismos neuro-anatomo-fisiologicos de los trastornos depresivos. En los últimos 25 años han aparecido en el mercado numerosos fármacos antidepresivos, siendo la familia de los Inhibidores selectivos de la re-captación de la serotonina ( ISRS ) los que han revolucionado el tratamiento farmacológico de la depresión. Los ISRS junto a nuevas moléculas de diferentes grupos terapéuticos han aportado potencia antidepresiva y, lo que es mas importante, han mejorado el nivel de seguridad y tolerabilidad. Gracias a esta revolución farmacológica, el tratamiento de la depresión ha pasado de ser campo exclusivo del especialista psiquiatra, a recaer mayoritariamente en el médico de atención primaria.

(Mann JJ, 2005 ; Sthal SM, 2000)

En la siguiente tabla se muestran los antidepresivos disponibles en España :

<p>ISRSs (inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina):</p> <p>Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina Sertralina Citalopram Escitalopram</p>	<p>Inhiben la re-captación de serotonina. Son los agentes mas utilizados en Asistencia primaria.</p>
<p>IRNS (inhibidores de la re-captación de noradrenalina y serotonina):</p> <p>Venlafaxina Duloxetina</p>	<p>Inhiben la re- captación de serotonina y noradrenalina.</p>
<p>ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS :</p> <p>Amitriptilina Clomipramina Imipramina Maprotilina</p>	<p>Inhiben la re-captación de varios neurotransmisores ( serotonina, noradrenalina, dopamina y acetilcolina). Actualmente en desuso en Asistencia primaria.</p>
<p>FARMACOS ANTIDEPRESIVOS MIXTOS:</p> <p>Mirtazapina Mianserina Trazodona</p>	<p>Inhiben principalmente la re-captación de serotonina y noradrenalina por un mecanismo diferente a los anteriormente citados.</p>
<p>ISRN ( inhibidores selectivos de la re-captación de noradrenalina) :</p> <p>Reboxetina</p>	<p>Inhibe la re-captación de noradrenalina</p>
<p>Agomelatina</p>	<p>Estimula la transmisión melatonérgica y noradrenergica</p>
<p>Bupropion</p>	<p>Inhibe la re-captación de dopamina y noradrenalina</p>
<p>IMAOs ( inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa) de carácter irreversible:</p> <p>Fenelzina Tranilcipromina Isocarboxazid</p> <p>IMAOs de carácter reversible: Moclobemida</p>	<p>Los fármacos IMAOs son de uso exclusivo del especialista</p>

Los tratamientos psicoterápicos también han mejorado considerablemente. Desde el psicoanálisis hasta la mas reciente psicología cognitiva existe casi un siglo de intensa investigación psicoterapéutica. Pocas técnicas se han desarrollado específicamente para el tratamiento de la depresión y de ellas solo un grupo reducido ha demostrado experimentalmente su valor terapéutico.

La Terapia Cognitivo-Conductual es la psicoterapia de elección, puede administrarse a través de paquetes informáticos o siguiendo el formato clásico de interacción terapeuta-paciente. Ambas formas son igualmente efectivas y permiten al individuo elegir el formato mas conveniente para sus necesidades. Así mismo, se han desarrollado técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación por el medico de asistencia primaria. (Beck A, et al, 1995 ; Lee David, 2006 ; Manzanera R ,et al, 2007).

Técnicas psicodinámicas cortas y la terapia interpersonal también han demostrado su valor terapéutico.( Beck A, et al , 1995 ; Stuart J, et al, 2006)

Existe acuerdo internacional en recomendar la asociación del tratamiento farmacológico al tratamiento psicoterápico pues en combinación se consiguen mayores tasas de remisión de la enfermedad.

En depresiones de intensidad leve y/o moderada se recomienda el tratamiento psicoterápico de primera elección. El tratamiento farmacológico se recomienda como primera elección en las formas depresivas graves.( Anderson IM, et al ; Espinosa A, et al, 2007 ; 2000 ; NICE, 2004)

La duración recomendada del tratamiento farmacológico es de 6 a 9 meses tras conseguida la remisión de los síntomas. En Aquellas depresiones recurrentes los tratamientos deben prolongarse. Se aconseja tratamiento de por vida en depresiones con gran numero de recurrencias y en aquellas en las que ha existido intento de suicidio. ( Espinosa A ,et al, 2007)

En ciertas formas de depresión mayor ( con síntomas psicóticos, depresión resistente, depresión grave en el embarazo o postparto ,intento suicida no consumado) la Terapia Electro Convulsiva es de primera indicación. Técnicas de Estimulación Cerebral Profunda también están indicadas. La Estimulación del Nervio Vago constituye una técnica de eficacia probada en el tratamiento de formas depresivas resistentes.

(Anderson IM, et al ; Espinosa A, et al, 2007 ; 2000 ; NICE, 2004)

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los factores implicados en el fracaso terapéutico y en la elevada tasa de recaídas y recurrencias que presentan algunos enfermos. El estudio de los factores que influyen en la mala adherencia de los enfermos al tratamiento farmacológico es relativamente frecuente y en totalidad escaso. Los estudios coinciden en que la causa fundamental por el cual un paciente abandona el tratamiento es debido al hecho de " sentirse mejor " y en menor grado debido a efectos secundarios, falta de eficacia o miedo a la dependencia. Las cifras son desalentadoras: el 40% de los pacientes abandona el tratamiento en las fases iniciales y, de los

que lo siguen, el 60% lo hace sin completar la fase de mantenimiento. ( Demyttenaere K ,et al, 2001 ; Mann JJ, 2005 )

A pesar de la gran variedad de recursos terapéuticos, la depresión puede cronificarse repercutiendo de forma muy negativa en la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar y social. Se estima que si ha habido algún tipo de respuesta al tratamiento pero al cabo de dos meses continúan habiendo síntomas residuales, existen bastantes posibilidades de padecer una recaída de la enfermedad y que se cronifique la depresión.( Spadone C, 2004 ; Kupfer D, 1991)

Factores que aumentan la probabilidad de cronificación son:

- ⤴ Comorbilidad con trastornos de tipo ansioso.
- ⤴ Comorbilidad con trastornos físicos crónicos.
- ⤴ Persistencia de síntomas residuales, siendo los mas frecuentes, la falta de concentración, perdida del interés por las cosas, falta de iniciativa e inhibición social.
- ⤴ Ciertos trastornos de personalidad.
- ⤴ Síntomas físicos de la depresión, de ellos el mas frecuente es el Dolor.
- ⤴ Tratamientos insuficientes ( dosis, duración ).
- ⤴ Abandonos del tratamiento.
- ⤴ Ciertos factores de vulnerabilidad biológica.

El porcentaje de recurrencia a 15 meses es del 76% en personas con síntomas residuales y del 24% en aquellos casos que han logrado remitir su enfermedad.

El 50% de personas que sufren depresión mayor tendrán un solo episodio a lo largo de su vida. El 20% serán depresiones recurrentes y el 30% serán depresiones crónicas.

El mejor predictor de recurrencias es el numero previo de episodios depresivos, a saber, a mayor numero de episodios previos mayor probabilidad de desarrollar uno nuevo.

(Boulenger JP, et al, 2004 ; Mann JJ, 2005 ; Spadone C, et al, 2004 ; Vuorilhto M , et al, 2005 )

## **b) DEPRESIÓN Y ASISTENCIA PRIMARIA**

### **EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LA DEPRESIÓN**

Los médicos de familia hacen frente a multitud de presentaciones clínicas abigarradas, en donde lo común es encontrar en un mismo sujeto distintas expresiones patológicas ( físicas /o emocionales ) de mayor o menor intensidad y con mayor o menor repercusión en la calidad de vida de los que las sufren y sus familiares.

En Atención primaria, frecuentemente, la patología no se presenta en estado puro, ni típica, ni aisladamente ( a diferencia de cómo la estudiamos en los tratados ). Es mas, la coexistencia en un mismo sujeto de varios cuadros clínicos físicos y/ o emocionales ( Co-morbilidad ) es frecuente y dificulta el manejo del enfermo en su globalidad biopsicosocial.( Engel GL,1977)

Una de cada cuatro personas que acuden a un Centro de Salud tiene un trastorno mental diagnosticable, de los cuales la depresión es el mas frecuente: 2 de cada 100 habitantes entre 16 y 65 a presenta este trastorno y, si se le añade el trastorno mixto ansioso-depresivo, la cifra asciende a 10 de cada 100 habitantes. De ahí que la depresión sea la tercera causa mas frecuente por la que un paciente consulta con su medico de familia. ( Espinosa A, et al, 2007; Bobes J, et al, 2001)

El nivel de diagnóstico de la depresión en asistencia primaria es bajo: 1 de cada 2 pacientes con depresión no están diagnosticados y de los diagnosticados el 60% no reciben tratamiento específico. Por otra parte, existe una preocupación creciente por el sobre diagnostico de la depresión, por el posible uso excesivo e inadecuado de los antidepresivos y otros psicofármacos y por la medicalización de situaciones de malestar psicológico , muchas veces relacionado con circunstancias vitales adversas, pero que no constituyen condiciones patológicas y en los cuales los beneficios de una etiqueta diagnostica y de una intervención terapéutica son claramente inciertos.

(Bobes J, et al, 2001 ; Catalán T, et al, 2004)

Detectar la depresión de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria, frecuentemente masificada, con formas de presentación heterogéneas y sintomatología diversa, en ocasiones de intensidad sub-umbral, es un verdadero reto para el medico de familia.

Las dificultades mas importantes para detectar la depresión en asistencia primaria son:

- ✧ Creencias del paciente y/o la familia ante la enfermedad: se niega la

existencia de la enfermedad al considerar los síntomas como reacciones normales ante circunstancias adversas y admitir el sufrimiento como lógico.

- ✧ Estigma Social de " enfermo mental " : los pacientes son reacios a admitir que padecen un trastorno mental ante si mismos y/o ante los demás por temor a ser considerados enfermos mentales o "locos ".
- ✧ La cormorbilidad con alguna enfermedad somática puede hacer pensar al propio paciente, a su familia o incluso al medico que los síntomas se derivan de su proceso en curso y por tanto no se deben de abordar con terapias psicofarmacológicas.
- ✧ La presentación de la depresión con mayor numero de síntomas somáticos que emocionales ( donde la tristeza puede estar atenuada o incluso no aparecer claramente) puede retrasar el diagnostico por al realización de pruebas complementarias y con ello retrasarse el abordaje psicoterapéutico apropiado.
- ✧ El miedo a los efectos secundarios de los psicofármacos y/o a la dependencia a ellos.

También factores del profesional y del sistema sanitario:

- ✧ La formación académica en las facultades de Medicina es eminentemente organicista, por lo que el médico de familia se siente mas cómodo cuando hace un diagnostico sobre una base orgánica; el moverse en el terreno psíquico genera mayor inseguridad y en ocasiones temor a enfrentarse con sus propias limitaciones de formación o personalidad.
- ✧ Elevada presión asistencial de las consultas de atención primaria que condiciona que no se disponga de tiempo suficiente para una correcta entrevista clínica, herramienta fundamental para el diagnostico de este trastorno.
- ✧ Dificultad terminológica y clasificatoria de la depresión que puede provocar confusión en el profesional y una cierta incomodidad en el manejo de una patología que se muestra como poco definida ( a diferencia de otras como son la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus , Hiperlipidemias, Cardiopatías ,etc.).
- ✧ Diagnostico diferencial entre la distimia, la depresión y los trastornos de adaptación puede ser complejo y dar pie a errores diagnósticos o de mal etiquetado clínico con las repercusiones que conlleva en el enfermo y en el profesional.
- ✧ Sobre-diagnóstico de los trastornos emocionales menores o las simples reacciones emocionales ante acontecimientos vitales estresantes ( tristeza genuina no patológica, duelo ) que frecuentemente conducen a una medicalización injustificada.
- ✧ Escasa formación en psiquiatría y/o psicofarmacología de algunos



médicos de familia.

- ✧ Creencias erróneas del propio profesional sobre la enfermedad y/o su tratamiento. La actitud profesional hacia una enfermedad modula la forma en la que el profesional se enfrenta y maneja dicha enfermedad.
- ✧ Problemas de comunicación medico-paciente.

En asistencia primaria, el 80-90% del total de depresiones diagnosticadas son de carácter leve –moderado. En estos casos leves, la sintomatología no suele cumplir todos los criterios diagnósticos y por lo tanto se complica enormemente el diagnostico.( Bobes J, et al , 2001 ; Aragonés E ,et al, 2011 )

La forma de presentación mas frecuente en asistencia primaria es en forma de trastorno con múltiples síntomas somáticos y con atenuación de la sintomatología emocional y/o volitiva. Los síntomas somáticos ( físicos ) mas frecuentes en el depresivo son: Anorexia o hiperfagia, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, molestias digestivas, estreñimiento, diarrea, dolores múltiples, cefalea, astenia, cansancio, fatiga fácil y disfunción sexual. Los mas frecuentes son los somáticos de tipo doloroso.

(Bobes J,et al, 2001; Bridges K, et al, 1998; Caballero L, et al, 2005 Garcia-Campayo J, et al, 2008 ; García Cebrián ,et al, 2006 ; Henningsen P , et al, 2003 )

En estudios españoles (Caballero L, et al, 2005 ; Garcia-Campayo, et al, 2008 ) se ha observado que el 69% de los pacientes que acuden a su medico de familia y son diagnosticados de depresión solo comunicaban inicialmente síntomas somáticos y entre ellos el dolor es la queja mas frecuente ( el 93% tienen al menos un síntoma físico de tipo doloroso). Las formas de depresión con gran componente somático y escaso emocional, plantean un reto diagnostico y terapéutico ,ya que el enfermo suele ser reticente a admitir el origen emocional de su problema y por tanto ser tratado apropiadamente. ( Bridges K, et al, 1988 ; Garcia-Campayo J, et al, 2008 ).

Algunos grupos de población presentan características sindrómicas diferentes. Los ancianos suelen presentar muchos síntomas somáticos y la tristeza puede estar enmascarada en forma de falta de energía o alteraciones cognitivas. Los niños y los adolescentes pueden presentarse mas como problemas conductuales o atencionales que como franca sintomatología emocional-volitiva o física. Los emigrantes o residentes procedentes de culturas diferentes pueden tener diferentes expresiones emocionales y o de comunicación que pueden dificultar el diagnostico. ( Vallejo Ruiloba, et al, 2005)

Una aproximación multi -profesional ( medico de familia, enfermería, psicólogo, psiquiatra y asistente social ) y co-ordinada desde los centros de salud, puede ayudar a abordar los trastornos depresivos en la asistencia primaria y contribuir a conseguir una mayor recuperación sintomática y de la funcionalidad de los sujetos depresivos. Recientemente se ensayado con éxito un programa multi-componente integrado ( INDI Project ) en asistencia primaria ( Aragonés E, et al, 2011 ).

Recomendaciones para el manejo del enfermo depresivo en asistencia primaria de Salud (Manzanera R, 2007 ) :

1. Valorar al paciente como conjunto bio-psico-social.
2. Dar una explicación clara de la enfermedad, de sus riesgos y sus posibilidades terapéuticas.
3. Explorar abiertamente la ideación suicida y entender las preocupaciones fundamentales del paciente.
4. Ofrecer un esquema terapéutico que contemple todas las posibilidades. Sugerir los recursos.
5. Escuchar las preferencias del sujeto. No imponer el tratamiento, pactarlo.
6. Dar información clara y precisa sobre los remedios herbales y los tratamientos alternativos.
7. Explorar abiertamente la función sexual.
8. Controlar periódicamente al sujeto, vigilando tolerabilidad y adherencia al tratamiento.
9. Reforzar la adherencia y explicar claramente los riesgos del abandono terapéutico.
10. Derivación al especialista psiquiatra si no hay respuesta o en cualquier momento que el paciente lo solicite.

La valoración global bio-psico-social del individuo, sus necesidades y creencias sobre la enfermedad, su posición ante el tratamiento , son elementos decisivos para el tratamiento adecuado del enfermo en su medio social y permiten una mejor relación medico-paciente que es clave fundamental en el éxito terapéutico.

Debido a la características propias de la asistencia primaria, es precisamente en este medio donde se deben manejar las personas con depresión. El Médico de familia es el encargado de articular los recursos diagnósticos y terapéuticos a utilizar, los monitoriza y deriva al paciente cuando no se consiguen los efectos terapéuticos pactados. Frecuentemente las derivaciones al especialista psiquiatra se producen por preferencia del enfermo y/o de sus familiares. Existe todavía un alto nivel de derivación de enfermos depresivos al nivel especializado por parte de los profesionales de asistencia primaria. Este fenómeno puede ser explicado, bien por falta de formación de los profesionales y/o por una actitud pesimista hacia el manejo de la enfermedad depresiva. ( Bobes J, 2001 ; Manzanera R, 2007 ).

### **c) FORMACIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

El nuevo programa formativo ( 4 años de duración ), aplicable exclusivamente a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que iniciaron su formación a partir de la convocatoria de Médicos Internos Residentes ( MIR ) en 2004/2005, contempla una rotación, de tres meses de duración en el equipo de salud mental asignado , como parte fundamental curricular de formación. Esta formación practica es complementada con cursos de formación teórica organizados por las unidades docentes de la especialización.

Tras la especialización, la formación continuada en salud mental no es de carácter obligado ; a ella se accede a través de cursos y/o actividades organizados por Universidades, Colegios profesionales , Sociedades científicas , Direcciones de gerencia sanitaria e Industria farmacéutica. Las actividades organizadas por la industria farmacéutica están muy divulgadas.

Las actividades preferidas por los médicos de asistencia primaria son aquellas que están dotadas de créditos de formación y apoyadas por sociedades científicas relevantes en el ámbito de la salud mental.

### **d) CREENCIAS HACIA LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO**

Múltiples elementos influyen y determinan la conducta clínica de los médicos frente a la depresión. Factores relacionados con la organización sanitaria, con el paciente y su enfermedad, y con el propio profesional, como es su formación , su experiencia profesional y personal, sus actitudes y opiniones acerca de la enfermedad mental y de los trastornos depresivos en particular.

Las actitudes ,aptitudes y opiniones de los médicos de familia ante la depresión juegan un importante papel a la hora de reconocer y manejar la enfermedad de una manera optima.( Aragonés E et al, 2011 ; Botega et al, 1992 ; Cape J, et al, 2008 ; Davidson JR , et al, 1999 ; King M , et al, 2002 ; Ross S, et al, 1999 )

El estudio de las actitudes y aptitudes de los profesionales sanitarios ante la depresión es complejo. Para facilitar su investigación se desarrollo un cuestionario "Depression Attitudes Questionnaire" ( DAQ ) ( Botega et al, 1992). El DAQ es un cuestionario auto administrado originalmente diseñado en ingles para medir las actitudes de los médicos de familia ante la depresión, explorando tres áreas: el concepto de depresión, la valoración de la experiencia propia en la atención a pacientes deprimidos, y las opiniones sobre el manejo y el tratamiento de la depresión. Contiene un apartado donde se recoge la filiación y los datos demográficos y profesionales del participante. Existe una versión Española validada de este cuestionario ( Aragonés E, et al, 2011).

Los resultados obtenidos tras la utilización del DAQ en diferentes estudios señalan una actitud favorable entre los médicos de familia hacia el manejo de la depresión que, en general se asume como una competencia propia en la que la mayor parte de los médicos se sienten cómodos aun reconociendo esta actividad como complicada. (Aragonés E, et al, 2011 ; Botega et al, 1992 ;

King M, et al, 2002 ; Haddad , et al , 2010 ; Norton JL et al, 2011 )

El interés y la empatía del medico sobre la familia y los problemas del hogar del paciente, aumenta el reconocimiento de la depresión, mientras que disminuye con una mayor preocupación por las enfermedades orgánicas ( Tylee y Walters, 2007 ). En relación con el efecto de la formación en salud mental sobre las actitudes del medico, se ha observado la formación continuada en salud mental se relacionaba con actitudes positivas hacia la depresión ( Richards et al, 2004). Los médicos de familia con una visión pesimista de la depresión están menos involucrados en su tratamiento ( Ross et al, 1999). Aquellos médicos que tienen una visión mas compleja de la enfermedad mental, tienen mas interés y formación en los trastornos mentales y actitudes hacia la depresión mas positivas ( Cape J, et al , 2008 ).

La mejora en las habilidades del médico para la identificación y atribución de los síntomas en el paciente con depresión, puede contribuir a un optimo abordaje de la enfermedad. En este sentido, se ha observado que aquellos pacientes que normalizaron, minimizaron sus síntomas o los atribuyeron a una causa orgánica, tenían menor probabilidad de ser identificados por sus médicos como pacientes con depresión ( Kessler, et al, 1999 ; Kirmayer LJ , et al, 1993 ). Otros estudios han encontrado que la falta de formación en depresión de los médicos de atención primaria, se asociaba a un deficiente reconocimiento y abordaje de la enfermedad ( Davidson y Meltzer-Brody,1999 ; Tylee y Walters, 2007 ). Esta adquisición de habilidades se hace aun mas relevante teniendo en cuenta las características de la asistencia primaria, así como la complejidad de la enfermedad depresiva.

La mejora de las actitudes y habilidades del médico de atención primaria en el manejo de la depresión puede contribuir a un mejor abordaje biopsicosocial del enfermo y ayudar a su recuperación y/o curación.

## **5-JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

La depresión es frecuente en la población general, produce una morbilidad sustancial y es carga importante para los servicios de salud, tanto por el sufrimiento de los pacientes y familiares como por el coste económico derivado de su manejo. Los trastornos depresivos cursan habitualmente con recaídas, cronicidad y repercusiones biológicas, psicológicas y de funcionalidad social graves, entre ellas el suicidio que se presenta hasta en el 15% de los enfermos.

Según fuentes de la OMS, en 2020, la depresión será tras las enfermedades cardiovasculares, la segunda causa de discapacidad médica, con el consiguiente impacto en el deterioro del nivel de salud de la población y el incremento en la utilización de los recursos sanitarios y sociales.

Estudios en asistencia primaria demuestran que uno de cada tres pacientes que acuden a consultas del médico de familia sufren de una alteración psicopatológica y de estas, la depresión junto a los cuadros de ansiedad, son las más frecuentes. Las tasas de infradiagnóstico de la depresión en asistencia primaria son muy altas, cifrándose que hasta un 50% de sujetos no se diagnostican en este nivel asistencial y una de cada tres personas con depresión no está tratada adecuadamente. Por el contrario existe una sobremedicalización de los casos de malestar psicológico (debido a adversidades psico-sociales) y casos de depresión leve. La presentación clínica en forma de síntomas sub-umbrales de carácter leve-moderado, presentación con múltiples síntomas somáticos, la co-morbilidad con enfermedades físicas crónicas, plantean retos diagnósticos.

Las actitudes, tanto del enfermo como del profesional hacia la enfermedad, juegan un papel decisivo en el abordaje de esta patología. Las actitudes se generan debido a un conjunto complejo de factores educacionales y psicosociales, de los que algunos pueden ser modificables.

Los avances en el conocimiento etiopatogénico de la depresión y en su manejo terapéutico han sido extremadamente intensos en las dos últimas décadas. Es por lo tanto una necesidad la incorporación crítica y aplicada a la práctica asistencial de estos avances por los médicos de atención primaria.

De acuerdo con estas premisas nos planteamos que existiese una limitación en las aptitudes y actitudes ante la depresión del especialista en medicina familiar y comunitaria y medicina general. Además consideramos que la intervención docente con un programa específico de formación en depresión pueda mejorar las actitudes, actitudes y percepciones clínicas de profesionales con experiencia laboral prolongada.

En consecuencia realizamos un estudio prospectivo en una población de médicos de asistencia primaria mayoritariamente especialistas en medicina familiar y comunitaria, con los siguientes objetivos :

1. Analizar las actitudes y aptitudes de los profesionales ante la depresión y la percepción de estos profesionales sobre sus destrezas diagnóstico terapéuticas en el manejo del enfermo depresivo.
2. Analizar el impacto sobre las actitudes, aptitudes y la percepción de las habilidades asistenciales de los médicos de familia, tras la realización de un programa universitario de formación en habilidades diagnóstico y terapéuticas para el manejo del enfermo depresivo en asistencia primaria.

## **6-MATERIAL Y METODOS**

### **a) DISEÑO**

Estudio Observacional, transversal con dos cortes ( pre y post curso de habilidades diagnosticas y terapéuticas: el paciente depresivo en asistencia primaria ), sin grupo control.

### **b) PARTICIPANTES**

Médicos de Atención primaria en España que participen en el curso de habilidades diagnosticas y terapéuticas: el paciente depresivo en asistencia primaria.

### **C) INTERVENCIÓN**

#### **CURSO EN HABILIDADES DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICAS EN DEPRESIÓN**

##### **1-DESCRIPCIÓN GENERAL**

Se trata de un curso de habilidades en depresión dirigido al medico de atención primaria. El curso forma parte del programa de formación continua de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid. A este curso se le conoce con el pseudónimo de , " Tu paciente y Tu: Caminando Juntos ".

Esta acreditado con 12 créditos ECTS ( European Credit and Accumulation System ).

Los objetivos formativos de este curso son :

- ✧ Aprender y desarrollar habilidades de interacción con pacientes para detectar problemas de salud mental en asistencia primaria.
- ✧ Aprender y desarrollar habilidades y conocimientos clínicos para el diagnostico y manejo de los pacientes con depresión.
- ✧ Aprendizaje critico –reflexivo para el desarrollo de estrategias de autoformación en los avances en el conocimiento de la patología depresiva en medicina de familia.

##### **2-CONTENIDOS MODULARES**

El curso consta de cuatro módulos:

Modulo 1: " No me encuentro bien "

Contenido pedagógico: Infra-diagnóstico y Comunicación con el paciente. Elementos actitudinales y aptitudinales.



## Modulo 2: " Tu lo que tienes es depresión "

Contenido pedagógico: Diagnostico de la depresión y diagnostico diferencial. Re-atribución de síntomas somáticos.

## Modulo 3: " Con esto vas a mejorar "

Contenido pedagógico: Tratamiento psicofarmacológico. Terapia Cognitivo – Conductual ( terapia de solución de problemas ) de aplicación en asistencia primaria.

## Modulo 4: " Estoy mejor pero....."

Contenido pedagógico: Recuperación sintomática y funcional. Adherencia al tratamiento.

El carácter de este curso es eminentemente practico, basándose en el análisis reflexivo de casos clínicos. Para este análisis reflexivo se utiliza la metodología de PUNs ( Patient Unmet Needs ) y DENs ( Doctor Educational Needs ) ( Eve R, 2003). Con esta metodología el alumno, a través de la investigación de las necesidades biopsicosociales no cubiertas del paciente y de los problemas organizativos que modulan su enfermedad (PUNs), propone su propio plan de formación continuada ( DENs ) encaminado a que el paciente mejore y recupere su funcionalidad. Se trata de un aprendizaje basado en el paciente y para el paciente.

El curso se imparte de manera presencial y "on-line" con plataforma e-learning:

-Presencial: 4 sesiones presenciales ( una sesión por modulo ) de 3 horas de duración cada una.

-On-line: El trabajo e-learning consiste en el análisis de la bibliografía y los contenidos propuestos por los profesores. Cada modulo se acompaña de un caso clínico guía producido en consultas de asistencia primaria. Previo a cada sesión presencial, el alumno debe de estudiar el caso clínico propuesto según la metodología de PUNs and DENs. Posterior a cada sesión presencial el alumno debe estudiar el material propuesto y completar un test de evaluación modular.

La plataforma e-learning permite la creación de foros entre alumnos y profesores que ayuda al planteamiento y solución de dudas que pudieran surgir.

## **3-PROFESORADO**

Lo constituyen 50 médicos de familia, capacitados como profesores asociados al curso. La capacitación consiste en la asistencia a dos jornadas de

preparación teórico practicas con un total de 15 horas lectivas.

#### 4-ALUMNADO

Un total de 1873 médicos de familia distribuidos por toda la geografía nacional.

#### d) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDIDA

1-DATOS DEMOGRÁFICOS Y CARACTERISTICAS ASISTENCIALES DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES:

Edad, género, años de ejercicio en asistencia primaria, especialidad ( medicina general, medicina de familia, otras ), provincia, formación en psiquiatría.

#### 2-CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA DEPRESIÓN ( DAQ):

Se trata de un cuestionario auto-aplicado para investigar las actitudes ante la depresión. Explora el concepto de depresión ( ítems 1,2,4,5,6,7,8,10 y 11), la valoración de la experiencia propia en la atención a pacientes deprimidos ( ítems,9,13 y 15 ), y las opiniones sobre el manejo y el tratamiento de la depresión ( ítems,3,12,14,16,17,18,19 y 20 ). La versión original contiene 20 ítems puntuados en una escala analógica visual. En versiones posteriores las respuestas se disponen en una escala de Likert con cinco opciones para cada ítem: completamente de acuerdo, mas bien de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, mas bien en desacuerdo y completamente en desacuerdo ( Botega et al, 1992 ).

#### Cuestionario DAQ:

1- En los últimos cinco años he visto un incremento en el numero de pacientes que presentan síntomas depresivos.				
C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

2-La mayoría de las depresiones vistas en atención primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes.				
C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

3-La mayoría de trastornos depresivos vistos en atención primaria mejoran sin medicación.				
C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

4-La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

5-Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con un trastorno depresivo que necesita tratamiento.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

6-es posible distinguir dos grupos principales de depresión : una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

7-Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentarse a las dificultades de la vida.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

8-Es mas probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida ( niñez / adolescencia ) que el resto de la gente.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

9-Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos. carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida ( niñez / adolescencia ) que el resto de la gente.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

10-La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

11-Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

12-las enfermeras/enfermeros pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

13-Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

14-Poco mas se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en atención primaria.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

15-Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

16-la psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

17-Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra que un médico de atención primaria.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

18-Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en atención primaria.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

19-La psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

20-Si la psicoterapia fuera mas accesible, seria mas beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de pacientes depresivos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

En el DAQ se han identificado cuatro factores ( Botega N ,et al ,1992):

1. Actitud ante el tratamiento ( puntuaciones altas indican una preferencia por antidepresivos y una orientación biológica. Puntuaciones más bajas indican una orientación hacia la psicoterapia.
2. Actitud profesional ( puntuaciones altas indican que el medico no se encuentra cómodo manejando la depresión y la percibe como no gratificante ).
3. Maleabilidad de la depresión ( puntuaciones altas indican pesimismo acerca de la notificación del curso de la depresión ).
4. Identificación de la depresión (puntuaciones altas indican dificultad en diferenciar la depresión de la tristeza y poca confianza en los tratamientos más allá de los usualmente ofrecidos

Estudios posteriores han reportado soluciones factoriales diversas ( Aragonés E et al, 2011 ; Haddad M,et a, 2012 ; Norton JL et al, 2011 ; Ohtsuki T,et al, 2012). Debido a la variabilidad de los resultados encontrada en los diversos estudios y, al hecho que la consistencia interna, medida con la prueba alpha de crombach, es baja ( inferior al 0,7 ) ( Crombach L, 1951 ) diversos autores abogan por una revisión de este. ( Aragonés E et al, 2011 ; King M et al, 2002 ; Haddad M et al, 2007 ; Haddad M et al, 2012 ; Norton JL et al, 2011 ). Este cuestionario se ha utilizado ampliamente en asistencia primaria. Se ha utilizado con éxito como medida de cambio para valorar la efectividad de formar a médicos de atención primaria en habilidades de terapia cognitivo-conductual ( King M et al, 2002). También se ha usado para valorar la relación entre la formación en salud mental y las actitudes del medico hacia la depresión ( Norton JL et al, 2011 ; Richards JC, et al, 2004 ; Ross et al, 1999).

El DAQ esta validado en español ,siendo esta versión la que se utilizara en el estudio ( Aragonés E et al, 2011).

En la siguiente tabla se muestran los principales estudios realizados hasta la fecha en los que el DAQ fue el instrumento utilizado para el estudio de las actitudes profesionales hacia la depresión :

AUTOR	ESTUDIO	MUESTRA	POBLACION
Botega N,1992	Validación del cuestionario en el Reino Unido	72	médicos de familia
Botega N,1996	Estudio observacional en Brasil	76	médicos de familia
Kerr,et al,1995	Estudio comparativo en el Reino Unido	139	74 médicos de familia y 65 psiquiatras
Ross,et al, 1999	Estudio En el Reino unido	407	Médicos de familia
Richards JC,2004	Estudio observacional Australia	420	Médicos de familia
Haddad M,et al, 2012	Estudio Europeo ( pooled analysis)	2427	1543 médicos de familia y 984 enfermeros/as comunitarios
E.Aragones,et al, 2011	Estudio de validación del DAQ en España	112	Médicos de familia de la provincia de Tarragona
Norton JI,et al,2011	Estudio sobre los efectos del entrenamiento en salud mental sobre aptitudes hacia la depresión en Francia.	468	Médicos de familia Franceses

King M,et al,2002	Estudio sobre la efectividad de un programa de entrenamiento en terapia cognitivo conductual para médicos de familia	84	Médicos de familia del Reino unido
Ohtsuki T,et al, 2012	Estudio observacional en médicos no psiquiatras en Japón	187	57 médicos de familia y 130 de diferentes especialidades medico-quirúrgicas.

### 3-CUESTIONARIO DE HABILIDADES EN DEPRESIÓN ( CHD )

Cuestionario auto-aplicado, específicamente diseñado para este estudio, con el objetivo de evaluar las habilidades del médico en el diagnóstico y manejo de la depresión. Consta de 6 ítems o afirmaciones. Cada ítem o afirmación se dispone en una escala de Likert con cinco opciones; completamente de acuerdo, mas bien de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, mas bien en desacuerdo, y completamente en desacuerdo. Los ítems o afirmaciones 1,2 y 3 se corresponden con los módulos 1 y 2 de la intervención ( diagnostico ) y los ítems o afirmaciones 4,5 y 6 se corresponden con los módulos 3 y 4 ( tratamiento ).

Los ítems o afirmaciones que forman este cuestionario :

1-Siento que tengo las suficientes habilidades diagnosticas que me permiten reconocer una depresión enmascarada por síntomas somáticos.				
C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

2-Siento que mis técnicas de comunicación me permiten ayudar al paciente a retribuir sus síntomas somáticos a un cuadro afectivo				
C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo



3-Considero la exploración funcional del paciente como parte de la entrevista clínica.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

4-siento que mis conocimientos actuales en psicoterapia me permiten aplicar técnicas sencillas en mis pacientes de asistencia primaria.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

5-Siento que dispongo de los conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepresivos.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

6-Considero la recuperación funcional pre-mórbida como uno de los objetivos fundamentales del tratamiento.

C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
------	-------	---------	-------	-----

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo

#### 4-SATISFACCIÓN Y UTILIDAD DEL CURSO

Se evaluara en un escala de 0 a 10, la satisfacción global del curso, su utilidad para la practica clínica y la calidad del profesor.

#### **e)-RECOGIDA DE DATOS**

La cumplimentación de los Cuestionarios ( DAQ y de habilidades clínicas ), datos socio demográficos, profesionales y de satisfacción con el curso fue voluntaria y anónima. La recogida de los datos se efectuó electrónicamente a través de la plataforma on-line del curso-intervención.

Cronograma:

El curso se desarrollo, con diferentes calendarios según provincias, durante los meses de Marzo 2012 a Diciembre 2012.

La duración del curso fue aproximadamente dos meses.

MEDIDAS	Pre-curso	Post-curso
Datos demográficos y características asistenciales	X	
DAQ	X	X
Cuestionario de habilidades en depresión	X	X
Satisfacción y Utilidad clínica		X

## **f) ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y MEDIDA DE RESULTADOS**

Las tablas y listados han sido elaboradas de acuerdo con los principios de la guía ICH E3. El análisis ha sido realizado con el programa estadístico SAS System 9.2.

Las variables numéricas fueron descritas por el numero de observaciones evaluables y ausentes, media, desviación estándar, intervalo de confianza a 95% de la media, mediana, y rango ( mínimo y máximo ). Mientras que las variables categóricas fueron descritas por su frecuencia y porcentaje, los valores ausentes con su frecuencia pero no se incluyeron en el calculo de porcentajes.

Se muestra mediante una tabla el cambio de las puntuaciones al inicio del curso y las puntuaciones al finalizar el curso, para cada ítem del cuestionario de actitudes ante la depresión ( DAQ ) y para cada ítem del cuestionario de habilidades en depresión (CHD). Para analizar posibles diferencias entre las puntuaciones pre y post curso, se utilizo el test de Bhapkar ( usando el " proc CATMOD " en el programa estadístico SAS ) .

Cada ítem del DAQ también fue descrito igual que en el análisis principal, pero en lugar de incluir todas las categorías de cada ítem, estas se resumieron en tres categorías : " de acuerdo " ( incluyendo las categorías " completamente de acuerdo " " mas bien de acuerdo ") "ni de acuerdo ni desacuerdo " ( la misma que el original ) " en desacuerdo " (incluyendo " mas bien en desacuerdo " y " totalmente en desacuerdo " ). Para analizar posibles diferencias en el cambio

pre-post curso, se utilizó el test de Bhapkar.

Cada ítem del cuestionario DAQ también se muestra mediante su "valor neto" para el cuestionario pre-curso como para el post-curso, definiendo el valor neto como:

1. Valor neto (%) para ítems positivos ( " completamente de acuerdo "): porcentaje de médicos dentro de la categoría de " completamente de acuerdo " menos el porcentaje de médicos dentro de la categoría de ( " totalmente en desacuerdo ", " mas bien en desacuerdo", o " ni de acuerdo ni en desacuerdo ).
2. Valor neto (%) para ítems negativos ( " totalmente en desacuerdo " sería lo " positivo " ): porcentaje de médicos dentro de la categoría de "totalmente en desacuerdo " menos porcentaje de médicos dentro de la categoría de ( " completamente de acuerdo ", " mas bien de acuerdo" o " ni de acuerdo ni desacuerdo ").

Para determinar que ítems del DAQ han variado mas, cada ítem del cuestionario se describe con sus puntuaciones medias en el pre -curso y el post curso, y en el cambio entre ambas puntuaciones ( puntuación media pre-puntuación media post ). Para el calculo de la media, el cuestionario permite asignar a cada categoría unos valores: 90, completamente de acuerdo; 70, mas bien de acuerdo; 50, ni acuerdo ni en desacuerdo; 30, mas bien en desacuerdo; 10, completamente en desacuerdo ( Ross et al, 1999).

Estas puntuaciones medias, se muestra también estratificadas por:

-Los años de ejercicio en la asistencia primaria ( categorizando esta variable en < 5 años , 5-10 años, y >10 años ), para ver si la experiencia del medico influye en la variación de las puntuaciones pre-post curso del cuestionario.

-Valoración final del curso ( categorizando las puntuaciones en: <8, e igual o mayor a 8), para determinar si varían mas aquellos médicos con mayor satisfacción del curso.

Se realizó del cuestionario DAQ un análisis factorial con rotación varimax, para determinar en cuantas dimensiones se puede reducir el modelo. Una vez determinadas las dimensiones, se describen las puntuaciones medias de cada dimensión en la visita pre-curso y post-curso, así como el cambio entre visitas ( post-curso-pre-curso ) para determinar en que dominio tiene un mayor efecto el curso.

Se determina el grado de homogeneidad interna del cuestionario DAQ calculando el coeficiente alfa de Crombach para el conjunto de ítems de la escala.

El cuestionario de habilidades en depresión es analizado exactamente igual que el DAQ ( salvo que no se realizó un análisis factorial para determinar los dominios). Es decir, se analiza mediante tablas los valores por ítem ( pre-curso vs post-curso ), describiendo todas las categorías de cada pregunta, resumiendo estas 5 categorías en 3 ( de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, y en desacuerdo ), según su valor neto ( en este cuestionario, las 6 preguntas serán consideradas como ítems positivos ), y con sus

puntuaciones medias ( convirtiendo las categorías en 100, 75, 50, 25 y 0). Para este cuestionario, además de por ítem, se describen las puntuaciones medias de los ítems agrupados de diagnóstico ( que incluye los ítems o afirmaciones 1,2 y 3 ), y de tratamiento ( que incluye los ítems o afirmaciones 4,5 y 6).

Se evalúa en una escala de cero a diez, la satisfacción global del curso y su utilidad para la practica clínica. Esta variable se describe tanto de forma numérica como categórica.

Para finalizar los análisis estadísticos sobre el cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ ) y para determinar que variables se asociaban al cambio medio entre las puntuaciones basales y finales , se eligieron los ítems 5,9,12,13,14 y 19, realizándose una Regresión lineal para cada uno de ellos sobre la diferencia entre el valor basal y final del ítem para cada participante. En cada modelo de regresión se consideraron como variables independientes: la edad, sexo, años de ejercicio en asistencia primaria, formación o no en psiquiatría en los últimos 5 años , las puntuaciones al profesor al final del curso, satisfacción global del curso y especialidad ( medicina general, médicos de familia y otras ).

Este modelo de Regresión lineal también se aplico a los 6 ítems del Cuestionario de habilidades hacia la depresión ( CHD ) específico para esta intervención.

Se adjunta en una tabla el numero de sujetos pertenecientes a cada población ( Total y población por protocolo-PP ), así como un listado de los sujetos que no entraron en la población por protocolo ( abandonos). Se describen la edad, sexo, provincia, años de ejercicio en asistencia primaria, especialidad ( medicina general, medicina de familia, y otras ), y formación o no en psiquiatría en los últimos 5 años.

Los análisis se realizaron en la población por protocolo (PP): Formada por todos aquellos médicos que participen en el curso y lo completen ( tengan al menos el cuestionario de actitudes ante la depresión DAQ completado en ambas vistas , pre- post curso ).

## **7) RESULTADOS**

### **a) PARTICIPANTES**

Se invitaron a un total de 2000 profesionales médicos, procedentes de todas las provincias del territorio nacional, a participar en el curso de habilidades diagnóstico y terapéuticas en depresión. De ellos, 1873 profesionales se matricularon, de los cuales, 1322 aceptaron, anónima y voluntariamente, a participar en este estudio ( Población total del estudio ). 970 lo completaron en su totalidad, es decir cumplimentación de los cuestionarios pre y post-curso ( Población por protocolo ). Figura n 1

La media de edad de los participantes fue de 47 años, el 67.8 % de los cuales eran mujeres mientras que el 32.2 % restante fueron hombres. El número medio de años de experiencia en la asistencia primaria fue de 25 años, la mayoría de ellos (el 80 %) estaban trabajando en el momento del estudio como médicos de familia y algo más de la mitad de los médicos había recibido algún tipo de formación en psiquiatría en los últimos 5 años (55.5 % ).

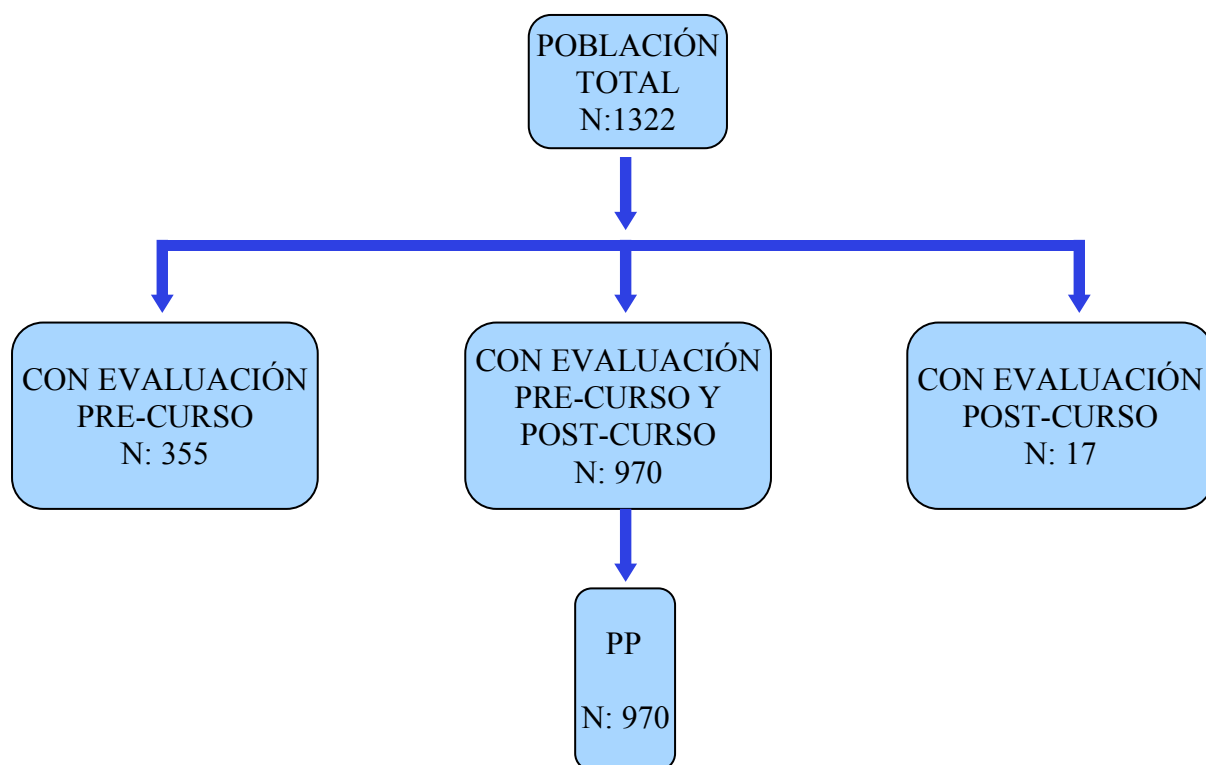


Figura 1: Población total y Población por protocolo (PP) .

En la siguientes tablas se muestran la distribución de los participantes en el estudio ( tabla 1 ) y sus datos demográficos ( tabla 2 ) :

Tabla 1. Distribución de los participantes

Total	
Parámetro	N=1322
Evaluación del curso realizada	
↗ Evaluación pre y post curso	970 ( 73.4%)
↗ Sólo evaluación post-curso	17 ( 1.3%)
↗ Sólo evaluación pre-curso	335 ( 25.3%)

Tabla 2. Características socio-demográficas de los participantes.

<b>Total</b>	
Parámetro	N=1322
<b>Edad</b>	
n	1282
N ausentes	40
Media (Desv. Típ.)	47 (8.56)
IC 95% (media)	(46.24,47.17)
Mediana	48.00
RIQ (Q25,Q75)	( 40.00, 54.00)
<b>Género</b>	
Desconocido	17
Femenino	885 (67.8%)
Masculino	420 (32.2%)
<b>Años de experiencia en la asistencia primaria</b>	
n	1294
N ausentes	28
Media (Desv. Típ.)	25 (122.6)

IC 95% (media)	(18.58, 31.95)
Mediana	18.00
RIQ (Q25,Q75)	(10.00, 25.00)
<b>Especialidad</b>	
Desconocido	17
Medicina general	239 (18.3%)
Médicos de familia	1038 (79.5%)
Otros	28 (2.1%)
<b>Formación en psiquiatría en los últimos 5 años</b>	
Desconocido	17 ( %)
No	581 (44.5%)
Si	724 (55.5%)

Tabla 3. Distribución geográfica nacional por provincias.

Total	
Parámetro	N= 1322
Provincia	
A Coruña	54 ( 4.1%)



Álava	3 ( 0.2%)
Albacete	10 ( 0.8%)
Alicante	43 ( 3.3%)
Almería	11 ( 0.8%)
Asturias	48 ( 3.6%)
Ávila	8 ( 0.6%)
Badajoz	26 ( 2.0%)
Baleares	22 ( 1.7%)
Barcelona	74 ( 5.6%)
Burgos	17 ( 1.3%)
Cáceres	19 ( 1.4%)
Cádiz	24 ( 1.8%)
Cantabria	14 ( 1.1%)
Castellón	8 ( 0.6%)
Ciudad real	27 ( 2.0%)
Córdoba	25 ( 1.9%)
Cuenca	1 ( 0.1%)
Cádiz	1 ( 0.1%)
Girona	34 ( 2.6%)
Granada	17 ( 1.3%)
Guadalajara	4 ( 0.3%)
Guipúzcoa	36 ( 2.7%)
Huelva	25 ( 1.9%)

Huesca	6 ( 0.5%)
Illes balears	1 ( 0.1%)
Jaén	24 ( 1.8%)
La rioja	18 ( 1.4%)
Las palmas	31 ( 2.3%)
Lleida	22 ( 1.7%)
Madrid	213 ( 16.1%)
Málaga	32 ( 2.4%)
Murcia	21 ( 1.6%)
Navarra	18 ( 1.4%)
Pontevedra	77 ( 5.8%)
Salamanca	19 ( 1.4%)
Segovia	1 ( 0.1%)
Sevilla	20 ( 1.5%)
Sta cruz Tenerife	18 ( 1.4%)
Tarragona	28 ( 2.1%)
Teruel	1 ( 0.1%)
Valencia	64 ( 4.8%)
Valladolid	24 ( 1.8%)
Vizcaya	52 ( 3.9%)
Zamora	3 ( 0.2%)
Zaragoza	47 ( 3.6%)

## b) RESULTADOS PRINCIPALES

En la tabla 4 se muestran las respuestas y porcentajes obtenidos en el DAQ: pre-curso vs post- curso ( 5 categorías ).

TABLA 4 : DAQ ( ítems 1 al 7)	Pre-curso N=970					Post-curso N=970				
	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
Ítem 1: En los últimos cinco años he visto un incremento en el número de pacientes con síntomas depresivos.	578 (59.6%)	328 (33.8%)	48 (4.9%)	14 (1.4%)	2 (0.2%)	659 (67.9%)	267 (27.5%)	33 (3.4%)	6 (0.6%)	5 (0.5%)
Ítem 2: La mayoría de las depresiones vistas en atención primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes.	242 (24.9%)	585 (60.3%)	97 (10.0%)	44 (4.5%)	2 (0.2%)	252 (26.0%)	543 (56.0%)	96 (9.9%)	71 (7.3%)	8 (0.8%)
Ítem 3: La mayoría de trastornos depresivos mejoran sin medicación	5 (0.5%)	100 (10.3%)	181 (18.7%)	571 (58.9%)	113 (11.6%)	16 (1.6%)	118 (12.2%)	118 (12.2%)	522 (53.8%)	196 (20.2%)
Ítem 4: La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico	256 (26.4%)	505 (52.1%)	149 (15.4%)	52 (5.4%)	8 (0.8%)	287 (29.6%)	508 (52.4%)	114 (11.8%)	46 (4.7%)	15 (1.5%)
Ítem 5: Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con trastorno depresivo que precisa tratamiento	33 (3.4%)	355 (36.6%)	157 (16.2%)	372 (38.4%)	53 (5.5%)	27 (2.8%)	234 (24.1%)	121 (12.5%)	500 (51.5%)	88 (9.1%)
Ítem 6: Es posible distinguir dos grupos principales de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos.	61 (6.3%)	344 (35.5%)	265 (27.3%)	262 (27.0%)	38 (3.9%)	56 (5.8%)	312 (32.2%)	186 (19.2%)	324 (33.4%)	92 (9.5%)
Ítem 7: Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentarse a las dificultades de la vida.	15 (1.5%)	164 (16.9%)	159 (16.4%)	400 (41.2%)	232 (23.9%)	17 (1.8%)	94 (9.7%)	109 (11.2%)	413 (42.6%)	337 (34.7%)

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo .DAQ :Depression Attitudes Questionnaire .P< 0.01

TABLA 4 –Cont :DAQ ( ítems 8 al 13)	Pre-curso N=970					Post-curso N=970				
	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
Ítem 8: Es mas probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas (niñez/adolescencia) que el resto de la gente.	48 (4.9%)	362 (37.3%)	351 (36.2%)	188 (19.4%)	21 (2.2%)	125 (12.9%)	483 (49.8%)	215 (22.2%)	131 (13.5%)	16 (1.6%)
Ítem 9: Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.	122 (12.6%)	396 (40.8%)	221 (22.8%)	217 (22.4%)	14 (1.4%)	155 (16.0%)	495 (51.0%)	197 (20.3%)	115 (11.9%)	8 (0.8%)
Ítem 10: La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil cambiar.	43 (4.4%)	392 (40.4%)	217 (22.4%)	289 (29.8%)	29 (3.0%)	41 (4.2%)	339 (34.9%)	165 (17.0%)	370 (38.1%)	55 (5.7%)
Ítem 11: Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.	18 (1.9%)	135 (13.9%)	174 (17.9%)	438 (45.2%)	205 (21.1%)	14 (1.4%)	120 (12.4%)	138 (14.2%)	427 (44.0%)	71 (7.9%)
Ítem 12: Enfermeras/os pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.	406 (41.9%)	425 (43.8%)	88 (9.1%)	40 (4.1%)	11 (1.1%)	483 (49.8%)	398 (41.0%)	52 (5.4%)	26 (2.7%)	11 (1.1%)
Ítem 13: Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	343 (35.4%)	445 (45.9%)	104 (10.7%)	68 (7.0%)	10 (1.0%)	284 (29.3%)	445 (45.9%)	134 (13.8%)	96 (9.9%)	11 (1.1%)

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo DAQ : Depression Attitudes Questionnaire. P<0.01

TABLA 4 –cont :DAQ ( ítems 14 al 20 )	Pre-curso N=970					Post-curso N=970				
	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
Ítem 14: Poco mas se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en atención primaria.	17 (1.8%)	43 (4.4%)	69 (7.1%)	524 (54.0%)	317 (32.7%)	9 (0.9%)	49 (5.1%)	33 (3.4%)	444 (45.8%)	435 (44.8%)
Ítem 15: Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.	169 (17.4%)	394 (40.6%)	265 (27.3%)	125 (12.9%)	17 (1.8%)	220 (22.7%)	476 (49.1%)	193 (19.9%)	72 (7.4%)	9 (0.9%)
Ítem 16: La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos	25 (2.6%)	79 (8.1%)	95 (9.8%)	484 (49.9%)	287 (29.6%)	58 (6.0%)	55 (5.7%)	32 (3.3%)	345 (35.6%)	480 (49.5%)
Ítem 17: Si los pacientes depresivos necesitan antidepressivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra que un medico de familia.	6 (0.6%)	14 (1.4%)	69 (7.1%)	414 (42.7%)	467 (48.1%)	8 (0.8%)	5 (0.5%)	35 (3.6%)	343 (35.4%)	579 (59.7%)
Ítem 18: Los antidepressivos dan normalmente un resultado satisfactorio en los pacientes tratados en atención primaria.	190 (19.6%)	655 (67.5%)	93 (9.6%)	25 (2.6%)	7 (0.7%)	250 (25.8%)	648 (66.8%)	41 (4.2%)	20 (2.1%)	11 (1.1%)
Ítem 19: La psicoterapia para pacientes depresivos debe ser dejada en manos del especialista.	95 (9.8%)	339 (34.9%)	313 (32.3%)	191 (19.7%)	32 (3.3%)	44 (4.5%)	172 (17.7%)	203 (20.9%)	381 (39.3%)	170 (17.5%)
Ítem 20: Si la psicoterapia fuera más accesible sería mas beneficiosa que los antidepressivos para la mayoría de los pacientes deprimidos.	95 (9.8%)	339 (34.9%)	313 (32.3%)	191 (19.7%)	32 (3.3%)	103 (10.6%)	294 (30.3%)	295 (30.4%)	235 (24.2%)	43 (4.4%)

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo  
DAQ: Depression Attitudes Questionnaire.. P< 0.01

Tabla 5 se muestran las respuestas del cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Pre-curso vs. Post-curso (3 categorías ).

TABLA 5 : DAQ (ítems 1 al 7)	Pre-curso N=970			Post-curso N=970		
	D.A.	N.A.N.D.	E.D.	D.A.	N.A.N.D.	E.D.
Ítem 1: En los últimos cinco años he visto un Incremento en el número de pacientes que presentan síntomas depresivos.	906 (93.4%)	48 (4.9%)	16 (1.6%)	926 (95.5%)	33 (3.4%)	11 (1.1%)
Ítem 2: La mayoría de las depresiones vistas en atención primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes.	827 (85.3%)	97 (10.0%)	46 (4.7%)	795 (82.0%)	96 (9.9%)	79 (8.1%)
Ítem 3: La mayoría de trastornos depresivos vistos en atención primaria mejoran sin medicación.	105 (10.8%)	181 (18.7%)	684 (70.5%)	134 (13.8%)	118 (12.2%)	718 (74.0%)
Ítem 4: La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico.	761 (78.5%)	149 (15.4%)	60 (6.2%)	795 (82.0%)	114 (11.8%)	61 (6.3%)
Ítem 5: Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con un trastorno depresivo que necesita tratamiento	388 (40.0%)	157 (16.2%)	425 (43.8%)	261 (26.9%)	121 (12.5%)	588 (60.6%)
Ítem 6: Es posible distinguir dos grupos de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos.	405 (41.8%)	265 (27.3%)	300 (30.9%)	368 (37.9%)	186 (19.2%)	416 (42.9%)
Ítem 7: Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentarse a las dificultades de la vida.	179 (18.5%)	159 (16.4%)	632 (65.2%)	111 (11.4%)	109 (11.2%)	750 (77.3%)

D.A.=De acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / E.D = En desacuerdo. P< 0.01

TABLA 5 –cont :DAQ ( ítems 8 al 15 )	Pre-curso N=970			Post-curso N=970		
	D.A.	N.A.N.D.	E.D.	D.A.	N.A.N.D.	E.D.
Ítem 8: Es mas probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en la épocas tempranas de la vida (niñez/adolescencia ) que el resto de la gente.	410 (42.3%)	351 (36.2%)	209 (21.5%)	608 (62.7%)	215 (22.2%)	147 (15.2%)
Ítem 9: Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.	518 (53.4%)	221 (22.8%)	231 (23.8%)	650 (67.0%)	197 (20.3%)	123 (12.7%)
Ítem 10: La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil cambiar.	435 (44.8%)	217 (22.4%)	318 (32.8%)	380 (39.2%)	165 (17.0%)	425 (43.8%)
Ítem 11: Deprimirse es algo natural en el envejecimiento	153 (15.8%)	174 (17.9%)	643 (66.3%)	134 (13.8%)	138 (14.2%)	698 (72.0%)
Ítem 12: Las enfermeras/os pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.	831 (85.7%)	88 (9.1%)	51 (5.3%)	881 (90.8%)	52 (5.4%)	37 (3.8%)
Ítem 13: Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	788 (81.2%)	104 (10.7%)	78 (8.0%)	729 (75.2%)	134 (13.8%)	107 (11.0%)
Ítem 14: Poco mas se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en atención primaria.	60 (6.2%)	69 (7.1%)	841 (86.7%)	58 (6.0%)	33 (3.4%)	879 (90.6%)
Ítem 15: Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.	563 (58.0%)	265 (27.3%)	142 (14.6%)	696 (71.8%)	193 (19.9%)	81 (8.4%)

D.A.=De acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / E.D = En desacuerdo. P< 0.01

TABLA 5 –cont:DAQ (ítems 16 al 20 )	Pre-curso N=970			Post-curso N=970		
	D.A.	N.A.N.D.	E.D.	D.A.	N.A.N.D.	E.D.
Ítem 16: La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.	104 (10.7%)	95 (9.8%)	771 (79.5%)	113 (11.6%)	32 (3.3%)	825 (85.1%)
Ítem 17: Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra que un medico de atención primaria.	20 (2.1%)	69 (7.1%)	881 (90.8%)	13 (1.3%)	35 (3.6%)	922 (95.1%)
Ítem 18: Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en atención primaria.	845 (87.1%)	93 (9.6%)	32 (3.3%)	898 (92.6%)	41 (4.2%)	31 (3.2%)
Ítem 19: La psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista.	434 (44.7%)	313 (32.3%)	223 (23.0%)	216 (22.3%)	203 (20.9%)	551 (56.8%)
Ítem 20: Si la psicoterapia fuera más accesible ,sería mas beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de pacientes deprimidos.	434 (44.7%)	313 (32.3%)	223 (23.0%)	397 (40.9%)	295 (30.4%)	278 (28.7%)

D.A.=De acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / E.D = En desacuerdo. P< 0.01

En la Tabla 6 se muestran las puntuaciones pre- curso vs post-curso del cuestionario de habilidades en depresión ( CHD ) ( 5 categorías ).

TABLA 6 : CHD	Pre-curso N=970					Post-curso N=970				
	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D	C.A.	M.B.A	N.A.N.D	M.B.D	T.D
Ítem 1: Siento que tengo las suficientes habilidades diagnósticas que permiten reconocer una depresión enmascarada por síntomas somáticos.	44 (4.5%)	409 (42.2%)	272 (28.0%)	236 (24.3%)	9 (0.9%)	147 (15.2%)	733 (75.6%)	75 (7.7%)	15 (1.5%)	0 (0.0%)
Ítem 2: Siento que mis técnicas de comunicación me permiten ayudar al paciente a re atribuir sus síntomas somáticos a un cuadro afectivo.	54 (5.6%)	478 (49.3%)	271 (27.9%)	159 (16.4%)	8 (0.8%)	128 (13.2%)	740 (76.3%)	79 (8.1%)	21 (2.2%)	2 (0.2%)
Ítem 3: Considero la exploración funcional del paciente como parte fundamental de la entrevista clínica.	389 (40.1%)	511 (52.7%)	60 (6.2%)	9 (0.9%)	1 (0.1%)	571 (58.9%)	379 (39.1%)	11 (1.1%)	8 (0.8%)	1 (0.1%)
Ítem 4: Siento que mis conocimientos en psicoterapia me permiten aplicar técnicas sencillas en mis pacientes de asistencia primaria.	44 (4.5%)	250 (25.8%)	261 (26.9%)	356 (36.7%)	59 (6.1%)	142 (14.6%)	565 (58.2%)	164 (16.9%)	89 (9.2%)	10 (1.0%)
Ítem 5: Siento que dispongo de los conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepressivos.	53 (5.5%)	434 (44.7%)	270 (27.8%)	202 (20.8%)	11 (1.1%)	226 (23.3%)	680 (70.1%)	48 (4.9%)	14 (1.4%)	2 (0.2%)
Ítem 6: Considero la recuperación de la funcionalidad pre-mórbida como uno de los objetivos fundamentales del tratamiento.	338 (34.8%)	483 (49.8%)	132 (13.6%)	13 (1.3%)	4 (0.4%)	546 (56.3%)	390 (40.2%)	25 (2.6%)	7 (0.7%)	2 (0.2%)

C.A.=Completamente de acuerdo / M.B.A = Mas bien de acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / M.B.D = Mas bien en desacuerdo / T.D = Totalmente en desacuerdo CHD : cuestionario de habilidades en depresión .p<0.01

En La Tabla 7 se muestran las puntuaciones pre -curso vs post- curso del cuestionario de habilidades en depresión ( CHD ) (3 categorías).

TABLA 7: CHD	Pre-curso N=970			Post-curso N=970		
	D.A.	N.A.N.D.	E.D.	D.A.	N.A.N.D.	E.D.
Ítem 1: Siento que tengo las suficientes habilidades diagnósticas que permiten reconocer una depresión enmascarada por síntomas somáticos.	453 (46.7%)	272 (28.0%)	245 (25.3%)	880 (90.7%)	75 (7.7%)	15 (1.5%)
Ítem 2: Siento que mis técnicas de comunicación me permiten ayudar al paciente a re atribuir sus síntomas somáticos a un cuadro afectivo.	532 (54.8%)	271 (27.9%)	167 (17.2%)	868 (89.5%)	79 (8.1%)	23 (2.4%)
Ítem 3: Considero la exploración funcional del paciente como parte fundamental de la entrevista clínica.	900 (92.8%)	60 (6.2%)	10 (1.0%)	950 (97.9%)	11 (1.1%)	9 (0.9%)
Ítem 4: Siento que mis conocimientos actuales en psicoterapia me permiten aplicar técnicas sencillas en mis pacientes de asistencia primaria.	294 (30.3%)	261 (26.9%)	415 (42.8%)	707 (72.9%)	164 (16.9%)	99 (10.2%)
Ítem 5: Siento que dispongo de los conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepressivos.	487 (50.2%)	270 (27.8%)	213 (22.0%)	906 (93.4%)	48 (4.9%)	16 (1.6%)
Ítem 6: Considero la recuperación de la funcionalidad pre-mórbida como uno de los objetivos fundamentales del tratamiento	821 (84.6%)	132 (13.6%)	17 (1.8%)	936 (96.5%)	25 (2.6%)	9 (0.9%)

D.A.=De acuerdo / N.A.N.D = Ni de acuerdo ni en desacuerdo / E.D , CHD : Cuestionario de Habilidades en Depresión .p<0.01

## 1-RESULTADOS PRE CURSO :

DAQ: CUESTIONARIO DE APTITUDES HACIA LA DEPRESIÓN ( tablas 4 y 5, pre-curso )

La mayoría de los profesionales ( 93.4 % ) estaban de acuerdo en que había un aumento en el número de pacientes con síntomas depresivos en sus consultas (ítem 1 DAQ). El 85.3% pensaban que las depresiones vistas en atención primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes ( ítem 2 DAQ) y el 78.5% que los casos de depresión severa se producen por un desajuste bioquímico ( ítem 4 DAQ ). El 41.8% pensaba que es posible distinguir dos tipos de depresión ( la de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos ), estando en desacuerdo con esta afirmación el 30.9% de los participantes, el 27.3% no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo ( ítem 6 DAQ).La diferencia entre infelicidad y depresión ( ítem 5 DAQ) era difícil de establecer para el 40% de los participantes, mostrando una posición contraria el 60% ( en total desacuerdo el 43.8% , ni de acuerdo ni en desacuerdo el 16.2%). Solo el 18.5% consideraban que deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante para enfrentarse a las dificultades de la vida ( ítem 7 del DAQ). El 42.3% afirmaban que los pacientes deprimidos habían experimentado carencias afectivas en la niñez/adolescencia, mientras que el 36.2% mostraban estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( ítem 8 DAQ).El 44.8% consideraban que la depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar (ítem 10 DAQ ) frente al 32.8% de los que se oponían. Solo el 15.8% estimaban que el deprimirse es un proceso natural en el envejecimiento ( ítem 11 del DAQ) estando el 66.3% en desacuerdo.

Un 53.4% de los encuestados se encontraban cómodos tratando las necesidades de sus pacientes depresivos ,frente a un 23.8 % que se oponían a esta afirmación, mientras un 22.8% ni están de acuerdo ni en desacuerdo ( ítem 9 DAQ ). La inmensa mayoría manifestaban que trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura ( 81.2% ) ( ítem 13 DAQ ). Solo un 14.6% pensaba que no es gratificante el tiempo que dedican a los pacientes con depresión, frente a un 58% que lo consideraban gratificante ( ítem 15 DAQ).

Solo un 10.8% pensaba que los trastornos depresivos vistos en atención primaria mejoraban sin medicación ( ítem 3 DAQ ) y el 6.2% estaban de acuerdo con que poco más se podía ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no respondían al tratamiento en atención primaria ( ítem 14 DAQ ). La gran mayoría ( 85.7 % ) estaban de acuerdo en que enfermería podía proporcionar soporte al paciente depresivo ( ítem 12 DAQ ). El 10.7% pensaba que la psicoterapia era ineficaz en estos pacientes ( oponiéndose el 79.5%) ( ítem 16 DAQ ). El 44.7% pensaba que la psicoterapia debía ser dejada en manos del especialista, oponiéndose el 23% y mostrando una posición neutra el 32.3% ( ítem 19 DAQ).

La gran mayoría ( 87.1% ) consideraban que los antidepresivos daban un

resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos en asistencia primaria ( ítem 18 DAQ ), solo un 2.1% pensaban que es mejor que los antidepresivos los prescribiera un psiquiatra (estando en contra 21 90.8% de los profesionales ( ítem 17 DAQ ). El 44.7% estimaba que si la psicoterapia fuera mas accesible, seria mas beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de los pacientes depresivos ( oponiéndose a esta afirmación el 23% y manifestando una posición ni de acuerdo ni en desacuerdo el 32.3%) ( ítem 20 DAQ).

CHD : CUESTIONARIO DE HABILIDADES EN DEPRESIÓN ( Tablas 6 y 7 , pre-curso )

El 46.7% de los profesionales pensaban que disponían de habilidades diagnosticas que les permitían reconocer una depresión enmascarada por síntomas somáticos ( ítem1-CHD),oponiéndose un 25.3 % y manifestaban estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo un 28.0%. El 54.8% disponía de técnicas de comunicación que les permitían ayudar al paciente a retribuir sus síntomas somáticos a un cuadro afectivo ( ítem 2 CHD ) ,un 17.2% estaban en desacuerdo y el 27.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo. El 92.8% consideraban la exploración funcional como parte fundamental de la entrevista clínica ( ítem3 CHD ) y el 84.6 % consideraba la recuperación de la funcionalidad pre mórbida como objetivo fundamental del tratamiento ( ítem 6 CHD ). El 42.8% no disponían de conocimientos en psicoterapia que le permitieran aplicar técnicas sencillas en sus pacientes, el 30.3% manifestaban tenerlos y un 26.9% estaban, ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( ítem 4 CHD ). El 50.2% poseían conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepresivos, en cambio un 22% manifestaban no tenerlos y un 27.8% no estaban ni de acuerdo ,ni en desacuerdo ( ítem 5 CHD )

## **2-ESTUDIOS POST-CURSO :**

DAQ: CUESTIONARIO DE APTITUDES HACIA LA DEPRESIÓN ( Tablas 4 y 5, post-curso ): nivel de significación según el test de Bhapkar (  $p < 0.01$  )

Objetivo principal ( cinco categorías-tabla 4):

De acuerdo con los patrones de modificación en las respuestas observadas se han clasificado en las que se observa una tendencia al mayor acuerdo o por el contrario al desacuerdo con la afirmación:

^ Ítems 1, 8, 9, 12, 13, 15 y 18: Según el test de Bhapkar , encontramos



diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio. Dichas diferencias vienen dadas porque ha habido una tendencia en las respuestas de los médicos a estar más de acuerdo con la afirmación del ítem al finalizar el curso (visita post-curso), que antes de empezarlo (visita pre-curso).

- ✧ Ítems 3, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 17, 19 y 20: Según el test de Bhapkar encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio. Dichas diferencias vienen dadas porque ha habido una tendencia en las respuestas de los médicos a estar más en desacuerdo con la afirmación del ítem al finalizar el curso (visita post-curso), que antes de empezarlo (visita pre-curso).
- ✧ Ítem 2: Según el test de Bhapkar, encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio, aunque no se aprecia ninguna evolución positiva o negativa de éstas.
- ✧ Ítem 4: No se han encontrado diferencias significativas entre ambas visitas.

Objetivos secundarios ( tres categorías-tabla 5):

- ✧ Ítems 8, 9, 12, 15 y 18: Según el test de Bhapkar, encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio. Dichas diferencias vienen dadas porque ha habido una tendencia en las respuestas de los médicos a estar más de acuerdo con la afirmación del ítem al finalizar el curso (visita post-curso), que antes de empezarlo (visita pre-curso).
- ✧ Ítems 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 19 y 20: Según el test de Bhapkar, encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio. Dichas diferencias vienen dadas porque ha habido una tendencia en las respuestas a estar más en desacuerdo con la afirmación del ítem al finalizar el curso (visita post-curso), que antes de empezarlo (visita pre-curso).
- ✧ Ítem 16: Según el test de Bhapkar, encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio, aunque no se aprecia ninguna evolución positiva o negativa de éstas.
- ✧ Ítems 1 y 4: No se han encontrado diferencias significativas entre el pre-curso y el post-curso.

Analizamos también de forma específica el patrón de respuesta en cada dominio e ítems. En los tres dominios explorados por el DAQ ,a saber ,depresión como enfermedad ( ítems 1,2, 4,5,6,7,8,10 y 11 ), aptitudes profesionales ( ítems 9,13 y 15 ) y tratamiento (ítems 3,12,14,16,17,18,19 y

20 ) se observan cambios estadísticamente significativos tras la intervención.

Sin embargo, en los ítems 1 y 4 no existen diferencias significativas tras esta, manteniéndose la afirmación de que la mayoría de las depresiones graves se deben a desajustes bioquímicos ( 78.5% a favor en el pre-curso frente al 82.0% en el post-curso), y el acuerdo general en que hay una mayor incidencia de depresiones vistas en asistencia primaria.

En los ítems 5 ( es difícil diferenciar la infelicidad de la depresión, con un 43.8% en desacuerdo en el pre-curso frente al 60.6% de desacuerdo en el post-curso ), 8 ( es mas probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida, con 42.3% de acuerdo en el pre-curso frente al 62.7% de acuerdo en el post-curso ) ,y sobre todo el ítem 19, ( la psicoterapia para pacientes depresivos debe ser dejada en manos del especialista, con un 23.0% en desacuerdo en el pre-curso frente a un 56.8% en desacuerdo en el post-curso), las diferencias tras la intervención son mucho más marcadas.

-Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Valor neto

Ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, y 18: En todos los ítems para los que se ha analizado su valor neto, (todos menos aquellos considerados como neutros), dicho valor neto aumenta considerablemente al finalizar el curso, lo que implica mayor número de respuestas positivas al finalizar el curso que antes de empezar. Cabe destacar que en el ítem 7, se invierten los resultados en el transcurso del curso, antes de empezar hay más repuestas no positivas, mientras que al finalizar el curso encontramos más respuestas positivas.

-Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Valor medio

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al finalizar el curso con respecto al principio del mismo, observamos que en todos los ítems, excepto el ítem 19, dicho cambio de puntuación es pequeño, siempre mayor de -9 y menor de 9 (sobre  $\pm 100$ ).

Por el contrario, en el ítem 19 encontramos una variación media de -19, la puntuación media inicial fue de 57, más próxima a ni de acuerdo ni en desacuerdo con el enunciado del ítem, mientras que la puntuación media final fue de 38, más próxima a respuestas en desacuerdo con el enunciado.

-Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Valores Medios estratificados por los años de experiencia:

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al

finalizar el curso con respecto al inicio del mismo según los años de experiencia del profesional, observamos mayores diferencias a las encontradas sin estratificar en algún grupo de edad para casi todos los ítems, pero no dejan de ser pequeñas y sin significación estadística entre los distintos grupos de años de experiencia.

Como excepción a esta observación, para el ítem 15, en el que el grupo de médicos con mas de 5 años de experiencia ( 5- 10 y mas de 10 ) presenta variación significativa, (con un cambio de 17 puntos sobre  $\pm 100$ , mas a favor de la afirmación del ítem al finalizar el curso).

-Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Valores Medios estratificados por la valoración final del curso:

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al finalizar el curso con respecto al principio del mismo según la valoración final del curso de los propios médicos, no observamos diferencias entre dichos grupos de estratificación.

En el grupo de profesionales con mas de cinco años de experiencia ,se observa mayor cambio en las puntuaciones del ítem 15 ( es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes depresivos ) y en el 19 (la psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista ), con mayor puntuación positiva en el post-curso. No se observan diferencias significativas en la estratificación por calidad del profesor y/o valoración global del curso en ninguno de los ítems

-Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Análisis Factorial

Según el análisis factorial realizado al cuestionario, y usando el método de componentes principales, encontramos que los 20 ítems pueden ser explicados en seis factores. Estos seis factores producen el 51.52% de la varianza. Una vez aplicada la rotación varimax al modelo, interpretamos los ítems que componen cada factor de la siguiente manera:

Factor 1: Ítem 19: La psicoterapia debe ser dejada en manos del especialista.

Ítem 20: Si la psicoterapia fuera más accesible sería mejor que los antidepresivos.

Ítem 3: La mayoría de trastornos depresivos mejoran sin medicación.

Varianza explicada: 15.62%

Factor 2: Ítem 11: Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.

Ítem 8: Los pacientes deprimidos han experimentado carencias afectivas en la niñez / adolescencia.

Ítem 10: La depresión refleja una respuesta de los pacientes que no es fácil cambiar.

Ítem 7: Deprimirse es una manera de enfrentarse a las dificultades de la vida.

Ítem 5: Es difícil diferenciar entre infidelidad y trastorno depresivo.

Ítem 6: Es posible distinguir dos grupos de depresión: psicológica o bioquímica.

Varianza explicada: 9.51%

Factor 3: Ítem 9: Me siento cómodo tratando a los pacientes deprimidos.

Ítem 15: Es gratificante el tiempo dedicado a los pacientes deprimidos.

Ítem 13: Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.

Varianza explicada: 9.03%

Factor 4: Ítem 14: Poco se puede hacer por aquellos que no responden al tratamiento.

Ítem 16: La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.

Ítem 12: Enfermeras/os pueden proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.

Varianza explicada: 1.64

Factor 5: Ítem 18: Los antidepresivos dan un resultado satisfactorio en atención primaria.

Ítem 4: La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico.

Ítem 17: Es mejor que los antidepresivos los prescriba un psiquiatra.

Varianza explicada: 5.40%

Factor 6: Ítem 1: Incremento en el número de pacientes con síntomas depresivos.

Ítem 2: La mayoría de las depresiones se deben a adversidades en la vida.

Varianza explicada: 5.17%

El grado de homogeneidad interna del cuestionario calculado con el coeficiente alfa de Cronbach para el conjunto es de 0.56.

Valor medio de los factores: Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada factor al finalizar el curso con respecto al principio del mismo observamos que dicho cambio de puntuación es pequeño, siempre mayor de -9 y menor de 9 (sobre  $\pm 100$ ).

Cuestionario de Actitudes ante la Depresión (DAQ): Regresión lineal

Ítems 5, 9, 12 y 19: Sólo el valor basal muestra una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, cambio de puntuación en el ítem correspondiente durante antes y después del curso.

Ítems 13 y 14: Sólo la satisfacción global con el curso y el valor basal muestran una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, cambio de puntuación en el ítem correspondiente durante antes y después del curso.

CHD: CUESTIONARIO DE HABILIDADES EN DEPRESIÓN ( Tablas 6 y 7, post-curso): nivel de significación estadística según el test de Bahpkar (  $p < 0.01$ ,).

Ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6: Según el test de Bhapkar, encontramos diferencias significativas en las respuestas entre ambas visitas del estudio en todos los ítems de este cuestionario. Se explican por un mayor porcentaje de profesionales que estaban de acuerdo con la afirmación del ítem al finalizar el curso (visita post-curso) con respecto a la situación basal (visita pre-curso), y

al contrario, menor porcentaje de médicos en desacuerdo con la afirmación del ítem en post-curso que en pre-curso.

#### -Cuestionario de Habilidades en Depresión: Valor neto

En todos los ítems el valor neto aumenta considerablemente al finalizar el curso, lo que implica mayor número de respuestas positivas con respecto al inicio. Cabe destacar que en los ítems 1, 2 y 5, se invierten los resultados en el transcurso del curso, antes de empezarlo hay más repuestas no positivas, mientras que al finalizar el curso encontramos más respuestas positivas.

#### -Cuestionario de Habilidades en Depresión: Valores medios

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al finalizar el curso con respecto al principio del mismo, observamos que en los ítems 3 y 6, dicho cambio de puntuación es pequeño, 6 y 9 respectivamente (sobre  $\pm 100$ ).

Por el contrario, en los ítems 1, 2, 4 y 5, encontramos una variación media de 20, 14, 23 y 21 respectivamente, en todos ellos la puntuación media inicial fue más próxima a respuestas ni de acuerdo ni en desacuerdo con el enunciado del ítem, mientras que la puntuación media final fue más próxima a respuestas de acuerdo con el enunciado.

Tanto el ítem agrupado de diagnóstico, que tuvo un cambio de 13, como el ítem agrupado de tratamiento, con un cambio de 17, se afirma más rotundamente el enunciado de los ítems que los componen al finalizar el curso.

#### -Cuestionario de Habilidades en Depresión: Valores medios estratificado por los años de experiencia

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al finalizar el curso con respecto al principio del mismo según los años de experiencia, observamos mayores diferencias a las encontradas sin estratificar en algún grupo de edad para casi todos los ítems, pero no muy diferentes entre los distintos grupos de años de experiencia.

#### -Cuestionario de Habilidades en Depresión: Valores medios estratificados por la valoración final del curso

Analizando el cambio de puntuación de los valores medios de cada ítem al finalizar el curso con respecto al principio del mismo según la valoración final del curso, no observamos diferencias entre dichos grupos de estratificación.

#### -Cuestionario de Habilidades en Depresión ( CHD ): Regresión lineal

Sólo la satisfacción global con el curso y el valor basal de cada ítem, en la

medida de su separación de la considerada respuesta técnicamente pertinente, muestran una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, es decir con el cambio de puntuación en el ítem correspondiente antes y después del curso. Esta relación se observó en todos y cada uno de los ítems de este cuestionario. Por lo tanto, la edad, el sexo, experiencia profesional, formación previa en psiquiatría y calidad del profesor no tienen relación estadística con la variable dependiente.

En resumen de los hallazgos observados, se encuentran cambios estadísticamente significativos pre-curso vs post-curso en todos los ítems de este cuestionario. Los ítems 1 (siento que tengo las suficientes habilidades diagnósticas que me permiten reconocer una depresión enmascarada por síntomas somáticos, 46.7% estaban de acuerdo en el pre-curso frente al 90.7% en el post-curso) ,y 5 (siento que dispongo los conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepresivos, 50.2% de acuerdo en el pre-curso frente a un 93.4% de acuerdo en el post-curso), son en los que se objetivan mayor cambio. No se encuentran diferencias significativas en la estratificación por años de experiencia, nivel del profesorado y/o valoración global del curso.

### **C) SATISFACIÓN GLOBAL CON EL CURSO**

La valoración media fue de 8 sobre 10. El 88.7% de los mismos valoraron con un 7 o más el curso.

### **d) UTILIDAD GLOBAL DEL CURSO**

La valoración media fue de un 8 sobre 10. El 90.3% de los mismos valoraron con un 7 o más la utilidad del curso.

### **e) CALIDAD DE LOS PROFESORES**

La valoración media fue de un 8 sobre 10. El 86.4% de los mismos valoraron con un 7 o más el curso.

## 8) DISCUSIÓN

Este trabajo es un estudio prospectivo sobre las actitudes y aptitudes de los médicos de familia hacia la depresión y el análisis del impacto que un proceso formativo específico en depresión provoca en estos aspectos y dominios de profesionales con dilatada experiencia en medicina familiar y comunitaria. Para la discusión de los resultados obtenidos se sigue un orden similar al seguido en el apartado de resultados.

La depresión es una enfermedad con marcado impacto en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares con una elevada repercusión biopsicosocial y económica. Las actitudes y aptitudes profesionales son elementos decisivos en el proceso asistencial del enfermo depresivo con impacto en las medidas terapéuticas instauradas y en el pronóstico del enfermo.

Dar cubierta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, favoreciendo los procesos de prevención, terapéutico y de rehabilitación socio-funcional dentro del medio familiar y comunitario, constituyen los pilares básicos del manejo de la persona con depresión en la asistencia primaria. Para ello, el profesional debe incorporar los nuevos avances en el conocimiento de la enfermedad e integrarlos en su práctica clínica, e Identificar sus necesidades de formación específicas en depresión y elegir adecuadamente los recursos formativos.

La medicina es una ciencia en continua evolución con incorporación de conocimientos científicos que permiten mejor comprensión de la enfermedad y la aplicación a diagnósticos más precisos y a tratamientos de los pacientes más eficaces y efectivos. El médico se ve sometido a la presión de una innegable necesidad de adaptar su conocimientos a esta progresión para poder alcanzar los niveles de calidad asistencial exigibles en nuestro entorno. Las estrategias para conseguir esta actualización de conocimientos médicos por el profesional que desarrolla actividad asistencial de forma habitual es objeto de debate. Existen controversias sobre la idoneidad de diferentes estrategias de formación y su impacto sobre la práctica asistencial del discente, en muchos casos profesionales con años acumulados de práctica asistencial. Esta volatilidad del conocimiento médico ocurre en todas las áreas de la ciencia médica, pero de forma más significativa en el ámbito de las enfermedades inmune-inflamatorias y en las neurociencias. Los avances en el diagnóstico y tratamiento de la depresión han sido dramáticos en las últimas dos décadas y la percepción de la sociedad y de las personas de esta enfermedad ha aumentado de forma considerable.

Para realizar nuestra investigación contamos con una población de 1873 profesionales de la atención primaria del todo territorio nacional. De estos, 970 cumplieron y siguieron el estudio en su totalidad. La población estudiada está constituida por médicos que ejercen la profesión con media de 25 años y edad media de 47 años. Es decir, es una población profesionalmente madura con una dilatada experiencia asistencial y mayoritariamente con formación especializada en Medicina familiar y comunitaria.



Debe destacarse que los profesionales incluidos en el estudio mostraron su deseo de seguir un curso específico de salud mental ( habilidades diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la depresión en asistencia primaria ). Por lo tanto, son profesionales con interés en depresión y con deseo de realizar formación continuada. Es preciso recordar que este curso estaba conformado por 12 créditos con actividades presenciales y on-line y para obtener la titulación universitaria debían superar una evaluación por presencia y cuatro exámenes modulares. La duración total del curso fue de dos meses.

Este curso, aprobado por la comisión de postgrado de la Universidad de Alcalá y ofrecido en su convocatoria pública, ha contado con un claustro de profesorado constituido con un director docente, que programó las estrategias pedagógicas, y un conjunto de profesionales de la medicina familiar y comunitaria con especial interés, experiencia asistencial y formación en salud mental. La estrategia pedagógica se basó en actividades presenciales, en contenidos ofrecidos vía on-line e interacciones entre el docente y el estudiante de carácter directo y/ o a través de la plataforma on-line. El objetivo principal del programa era la detección de necesidades asistenciales del médico en la atención a pacientes con depresión y dotarle de conocimientos y herramientas de búsqueda que dieran satisfacción a estas necesidades. La estrategia final es mejorar y optimizar las actitudes y aptitudes del médico de familia para la resolución práctica de los problemas de los pacientes depresivos que con mayor frecuencia acuden a las consultas de atención primaria españolas.

En este contexto de cambios en el conocimiento y manejo de la depresión y de necesidad de mejorar la formación continuada de los médicos nos planteamos investigar el impacto que un programa específico de formación puede llegar a tener sobre una población de profesionales madura y alejada en el tiempo de la formación reglada.

Del análisis de las respuestas de los cuestionarios DAQ y CHD realizadas por los 970 profesionales antes de la intervención, se puede plantear que la mitad de los médicos mostraban limitaciones en el conocimiento y atención de la depresión. Los resultados indican que mayoritariamente los médicos de familia perciben una mayor incidencia de pacientes deprimidos en sus consultas. Alrededor del 50% muestran limitaciones en el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad y se perciben con dificultades en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes, que además consideran esta actividad asistencial una tarea dura. Sin embargo, de forma mayoritaria consideran que los fármacos y la psicoterapia son procedimientos eficientes en el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, la opinión estaba dividida en cuanto a quien debía administrar el tratamiento psicoterápico ( médico de familia o especialista ). Así mismo, consideran relevante la participación de la enfermería en el cuidado del paciente depresivo.

Desde una perspectiva de análisis de la calidad profesional en sus vertientes de formación y de actividad asistencial pueden catalogarse los resultados obtenidos como insuficientes. Por lo tanto, entre las acciones de mejora puede plantearse que el aportar a los profesionales de atención primaria, programas docentes específicos en depresión y en salud mental en general, pudiera contribuir a conseguir mejores resultados.

Debe señalarse que otro grupo de autores han estudiado las actitudes y aptitudes de los médicos de atención primaria española con el cuestionario DAQ. Aragonés E, et al, en el 2011 publican un trabajo en el que validan el DAQ en una población de 112 médicos de familia de la provincia de Tarragona. Con respecto a nuestro estudio en 970 médicos distribuidos por toda la geografía española, debe señalarse que nuestra población de estudio muestra una distribución por genero similar, con una edad media mayor ( 47 versus 43 ) y con una experiencia profesional mas dilatada ( 25 versus 18.5 años), con un porcentaje de especialistas en medicina familiar y comunitaria similares. Es relevante indicar que en la población de nuestro estudio, el 55% reconocían haber recibido formación en salud mental en los últimos cinco años. Este aspecto de formación previa no está recogido en el trabajo mencionado. Globalmente los resultados se puede considerar coincidentes en ambos estudios. Es interesante señalar que en las dos poblaciones de estudio solo uno de cada diez médicos considera que los trastornos depresivos mejoran sin medicación y mas del 75% estiman que los antidepresivos consiguen resultados satisfactorios en el tratamiento de los pacientes deprimidos en atención primaria.

Desde el trabajo inicial de Botega N, et al, de validación del DAQ en el Reino Unido se han realizado varios trabajos con este cuestionario en médicos de familia en distintos países y continentes ( Botega N, et al, 1992 ; Botega N, et al, 1996 ; ; Haddad M , et al, 2012 ; Kerr M, et al, 1995 ; King M ,et al, 2002 ; Norton JL ,et al, 2011 ; Richards JC, et al, 2004 ; Ohrauki T, et al, 2012). En general y con tamaños muestrales limitados y muy inferiores al de nuestro estudio, en todos ellos se objetivan actitudes y aptitudes favorables de los médicos de familia hacia la depresión. Sin embargo, en el estudio realizado en Francia no se observa el valor positivo otorgado a la enfermería en el apoyo al enfermo depresivo ( Norton JL, et al, 2011 ). Esta diferencia puede relacionarse con la existencia de una diferente estructura de la asistencia primaria francesa, en la que, el medico de familia no cuenta con el apoyo de la enfermería comunitaria, contrariamente a lo que ocurre en España y en el Reino Unido. En el estudio reciente realizado en médicos no psiquiatras japoneses ( Ohtsuki T, et al, 2012 ), se comprueba que las actitudes de estos profesionales hacia la depresión son mucho mas pesimistas, considerando que el manejo del enfermo depresivo es una tarea ardua y no gratificante y fuera del alcance de su actividad profesional. Sin embargo, reconocen el papel de la enfermería como apoyo al enfermo con depresión, postura esta, mas en línea con los hallazgos en los estudios europeos.

Los resultados de los estudios realizados en el Reino Unido ( Botega N, et al, 1992 ; Kerr M, et al, 1995 ; King M, et al, 2002) son similares a los obtenidos en España, el citado de Aragonés E, et al, y el nuestro, hecho que podría reflejar las similitudes de la asistencia primaria en ambos países. En Brasil, la depresión se maneja mayoritariamente por el psiquiatra, lo que podría explicar que los médicos de familia brasileños consideren que el tratamiento de esta enfermedad ( farmacológico y psicoterapéutico ) debe ser ejecutado por el especialista, diferenciándose de la opinión mostrada en España y en el Reino Unido ( Botega N ,et al, 1996 ) y en similitud con los hallazgos en el estudio japonés. En Brasil y en Japón la patología depresiva se maneja de forma

mayoritaria por psiquiatras. Esta diferencia en la valoración de la prestación sanitaria a los pacientes depresivos puede explicarse por la distinta participación del médico de familia en la atención de estos enfermos con respecto a lo que ocurre en España y Reino Unido. En estos países una gran mayoría de los médicos de familia se implican de forma directa en la asistencia a estos enfermos.

Por último, puede señalarse que en Francia, los médicos de familia muestran menor aceptación del valor de la psicoterapia que sus homólogos del Reino Unido y España; pero comparten el reconocimiento del valor de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en asistencia primaria.

En nuestro estudio decidimos completar el análisis de las actitudes y aptitudes del médico de atención primaria hacia la depresión con un estudio específico e innovador de la percepción del profesional de sus habilidades para la atención clínica al paciente deprimido. Este cuestionario explora la autovaloración de las habilidades del médico para diagnosticar la depresión, sus formas clínicas y la funcionalidad. Así mismo, se incide en la percepción de suficiencia en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Como se refirió al inicio de esta discusión los resultados de este cuestionario en la amplia población española estudiada, ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de los médicos de atención primaria no se sienten con las destrezas profesionales adecuadas para el diagnóstico y tratamiento del paciente deprimido. Sin embargo, reconocen mayoritariamente la importancia de la exploración de la funcionalidad del enfermo y que su recuperación en los que la han perdido debido a la depresión es un objetivo terapéutico esencial. En este sentido, Debe destacarse que menos de la mitad de los profesionales manifiestan poseer habilidades suficientes para el diagnóstico de las depresiones enmascaradas por sintomatología somática. Además reconocen que no disponen de los conocimientos suficientes para la utilización de los diferentes grupos de antidepresivos disponibles y en el conocimiento de técnicas psicoterápicas sencillas de aplicación en asistencia primaria.

Siguiendo en nuestra línea de investigación, analizamos a continuación el potencial impacto de un programa de formación específico en depresión adaptado a los profesionales de la atención primaria sobre actitudes, aptitudes y percepciones profesionales sobre la depresión. Tras haber recibido, participado y superado el curso referido, los profesionales volvieron a contestar ambos cuestionarios ( DAQ,CHD ).

De forma global, el análisis de los resultados obtenidos con el DAQ antes y después de la intervención docente, indican una mejoría en las aptitudes y actitudes del discente hacia la depresión. Debe señalarse que estos aumentos y cambios son estadísticamente significativos, pero especialmente llamativos en algunos de los ítems. Desde una perspectiva etiopatogenia de la depresión, la consideración de las carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida como elemento relevante, pasa de ser considerado por menos de la mitad de los médicos ( 42% ) a ser valorado por la mayoría ( 62% ) . Desde una perspectiva clínica, la diferenciación entre el paciente que presenta infelicidad y el que sufre un trastorno depresivo inicialmente le parecía básicamente difícil a un 41% de los médicos y tras el curso se reduce a un 27%, simultáneamente

la consideración de este diagnóstico diferencial como fácil pasa tras la intervención del 43% al 60%. Finalmente, la consideración de que la psicoterapia no es una practica exclusiva de los especialistas que pudieran identificarse, cambia de forma llamativa, ya que mas de la mitad de los médicos (57%) lo comparten, mientras que al inicio del curso solo lo afirmaban una minoría ( 23%).

Al analizar los resultados del Cuestionario CHD, las percepciones de las capacidades de diagnostico y tratamiento de los pacientes deprimidos por los médicos de atención primaria cambian de una forma, incluso más radical, que con el DAQ, hacia una incuestionable mejoría en las área exploradas. Llama la atención que tras la intervención docente, los discentes se sienten con mejores habilidades para comunicarse con los pacientes deprimidos, para identificar formas somáticas de la depresión, manejar farmacoterapia y psicoterapia en el tratamiento de esta enfermedad. Desde el punto de vista cuantitativo, las percepciones de capacidad diagnóstica y de tratamiento farmacológico se alcanzan en prácticamente 9 de cada 10 profesionales y en psicoterapia asciende desde un 30% al 72%.

El análisis conjunto de los resultados de los dominios explorados por el DAQ y por el CHD, permite afirmar que se producen cambios positivos en las actitudes , aptitudes y percepciones de los médicos de familia hacia la depresión tras haber seguido y superado un programa formativo específico sobre este ámbito de la salud mental. Este avance profesional, se traduce en una mejora en la actitud y valoración de la etiopatogenia de la enfermedad. Así se produce un cambio en un aspecto tan relevante como la consideración, del impacto que las carencias afectivas en la niñez y adolescencia producen en la génesis de la enfermedad. También se mejora un aspecto tan importante de la practica asistencial como es el de la diferenciación de los casos de infelicidad y los trastornos depresivos que precisan de tratamiento. El cambio mas marcado se aprecia en la actitud hacia la psicoterapia, considerándose esta como no exclusiva de otros especialistas con reconocida experticia en este área. Estos cambios en las actitudes y aptitudes de los profesionales se acompañan de un marcado impacto positivo en la percepción de sus habilidades en comunicación con el enfermo, en su manejo farmacológico y psicoterapéutico en el entorno de asistencia primaria

Tras haber objetivado cambios en las actitudes y aptitudes de los médicos de atención primaria tras la realización del programa de formación nos planteamos investigar que variables podrían estar implicadas en la intensidad de este proceso formativo. Seguimos dos estrategias estadísticas diferentes. Al realizar el análisis de regresión lineal sobre la variable de la intensidad del cambio en las actitudes, aptitudes y percepciones del profesional hacia la depresión, comprobamos que existían dos variables relacionadas estadísticamente, el nivel de satisfacción del discente con el curso y la separación de sus respuestas iniciales de las consideradas pertinentes y hacia las que se produce una movilización mayoritaria en el estudio de toda la población tras la intervención docente. Es coherente con la experiencia pedagógica acumulada en diferentes áreas del conocimiento que la satisfacción

del alumno conlleva una mejor incorporación de los conocimientos impartidos. En nuestro caso esta mayor y mejor adquisición de conocimientos conlleva además una mejora en las percepciones de aplicación práctica de los conocimientos adquiridos. Desafortunadamente no sabemos si esta mejoría se acompaña de un incremento en la calidad asistencial objetiva y percibida por el paciente. Sin embargo, es racional, intuir que cuanto mayor sea el conocimiento y la habilidad de interacción de un médico con un paciente, y en especial con un enfermo deprimido, mejor será su aptitud terapéutica y la eficiencia de su intervención.

Otro hallazgo importante relevante es el de la relación de la intensidad del cambio en las variables analizadas en los distintos ítems con el distanciamiento basal o pre-intervención de las respuestas consideradas pertinentes, y que además son, como hemos dicho previamente, a las que se tiende tras la realización del curso. Es razonable pensar que un grupo con gran aprovechamiento de los conocimientos y destrezas profesionales conseguidas durante el curso, es el formado por los que tenían menor bagaje inicial. Es decir, el mayor impacto en conocimientos y destrezas se observa en aquellos que los tenían más limitados al inicio del curso. Sin embargo debe de tenerse presente que también se observan mejorías profesionales en los que tenían unos niveles adecuados en estos aspectos profesionales.

Esta aproximación la completamos con un análisis comparativo de los resultados de los médicos que participaron en el estudio estratificados de acuerdo con la duración de su práctica profesional o el grado de satisfacción obtenido en el seguimiento del curso. Debe señalarse que el impacto del curso fuera diferente en profesionales con larga experiencia asistencial y con un largo periodo sin recibir un programa docente formal de aquellos otros sujetos de limitada historia laboral y relativa proximidad a periodos de formación reglada. Sin embargo, nuestros datos y en contra de lo esperado, demuestran que el impacto del programa y la capacidad de cambio y mejora profesional es independiente de los años de ejercicio. Por lo tanto estos resultados refuerzan la necesidad de realizar formación continuada médica reglada a profesionales en práctica asistencial con independencia de su edad y experiencia. Se puede afirmar que dentro de los rangos de edades incluidos en este estudio, la edad no es un factor limitante en el aprendizaje y la mejora profesional.

El no haber encontrado diferencias significativas en el impacto del curso en función de la estratificación por el grado de satisfacción por su realización puede interpretarse como contradictorio con el resultado obtenido en el análisis de la regresión lineal. Esto podría deberse a que el nivel de separación en la estratificación fue de 8 sobre 10 y que por lo tanto pudiera no reflejar un punto real de separación entre profesionales que conlleve diferencias en el impacto conseguido por el curso. Es decir como el nivel de aceptación elevada del curso se incluye en ambas poblaciones, aun a pesar de haber elegido la media como punto de separación, el impacto del curso es muy marcado en ambos grupos.

Finalmente se debe de señalar que las características del médico en relación a su edad, sexo, poseer o no el título de especialista en medicina familiar, y haber recibido formación en psiquiatría durante los cinco años previos, no

muestran una relación estadísticamente significativa con el cambio de puntuación pre-curso vs post-curso en todos los ítems del cuestionario CHD y en los del DAQ.

Debe destacarse que, al menos hasta donde hemos podido conocer, no existe publicado ningún trabajo en lengua inglesa y/o española que estudie el impacto de un programa de formación en depresión para médicos de familia, sobre las aptitudes, actitudes y la percepción de habilidades clínicas. Sin embargo existen publicaciones que relacionan los resultados obtenidos en la aplicación del DAQ a médicos de atención primaria con aspectos de su bagaje formativo previo en el área de salud mental. Richards JC, et al, en una muestra de 420 médicos de familia Australianos, de los cuales menos de la mitad habían completado algún tipo de entrenamiento en salud mental en los últimos cinco años, solo 1 de cada 10 tenían algún tipo de cualificación postgrado reconocida en salud mental y un 34% había recibido formación en tratamientos no farmacológicos de la depresión, observa el impacto positivo de todas las formas de entrenamiento estudiadas en las aptitudes y actitudes hacia la depresión ( Richards JC, et al,2004). Recientemente, Norton JL, et al, en una muestra de 468 médicos de familia franceses de los cuales el 63% habían recibido entrenamiento en salud mental (seminarios de unas horas de duración, programas de educación continuada de dos días de duración, entrenamiento en psicoterapia y/o psicoanálisis , grupos de trabajo tipo Balint o entrenamiento en hospitales psiquiátricos ), observa resultados similares al estudio de Richards JC ,et al, poniendo de manifiesto el impacto positivo de todas las formas de entrenamiento consideradas, en las actitudes hacia el diagnóstico, manejo general del enfermo y los beneficios de la terapéutica con antidepresivos. ( Norton JL,et al, 2011). Por lo tanto estos estudios retrospectivos que relacionan niveles muy variables de formación en salud mental con las actitudes y aptitudes del médico de familia ante la depresión, indican que existe una relación positiva entre ambas variables. Nuestros resultados demuestran de forma prospectiva que la intervención docente en el área de la depresión produce un efecto positivo con clara mejora, no solo en el DAQ sino también en las percepciones mediadas por el CHD.

En la bibliografía consultada solo hemos encontrado un trabajo publicado (King M, et al, 2002) que analiza la efectividad clínica de un programa de entrenamiento en terapia cognitivo-conductual dirigido a médicos de familia ingleses. En este estudio no se encontró una mejora de las actitudes de los participantes hacia el diagnóstico de la depresión y hacia la utilización de dichas técnicas psicoterápicas. Según este autor, estos hallazgos se deben a que un curso específico en terapia cognitivo-conductual ,aunque extenso, no proporciona las aptitudes suficientes que le permiten al profesional un abordaje psicoterapéutico adecuado en sus enfermos. Así mismo, el tiempo limitado que se dispone por paciente en asistencia primaria, supone una barrera en la utilización de estas técnicas e influye en la actitud general de los profesionales hacia su utilidad. Debe señalarse que este trabajo presenta una limitación metodológica por la elevada pérdida de profesionales que cumplimentara en el estudio.

La discrepancia de los resultados obtenidos por King M, et al, y los nuestros abren distintas áreas de reflexión. Una de ellas, es el contenido y metodología

de la intervención docente. En nuestro caso se decidió plantear un programa de formación con una visión integral y practica del enfermo depresivo y de los requerimientos del médico para su adecuada atención. Realizamos una innovadora metodología practica basada en el aprendizaje reflexivo ( PUNS/DENS ) ( Eve R, 2003) sobre casos clínicos comunes en las consultas de asistencia primaria, su discusión en talleres presenciales, la utilización de una plataforma on-line que permitía el estudio del material teórico a un ritmo personalizado y la adecuada selección y formación del profesorado. Se debe señalar que las técnicas de PUNS/DENS favorecen que el alumno aprenda a identificar sus necesidades de formación especifica en depresión a través del análisis de las áreas biopsicosociales no cubiertas de sus pacientes. Éstas y otras posibles variables han contribuido a que los alumnos, profesionales de experiencia, hayan valorado muy positivamente al profesorado y al curso de manera global. Por lo tanto, es posible plantear que esta satisfacción del alumnado y el amplio contenido del curso adaptado a las necesidades individuales pudiera implicarse el la discrepancia entre los resultados negativos inducidos por la intervención publicada por King M ,et al, y la conseguida en nuestro.

Finalmente introducimos unas reflexiones basadas en la consideración general de nuestro estudio.

La formación y la destreza clínica de los médicos de familia en España en depresión es , al menos , mejorable. Por lo tanto y de acuerdo con lo señalado por otros autores ( Ross S, et al, 1999 ; Davidson JR , et al, 1999 ; King M ,et al, 2002),debe mejorarse la formación en este área de la salud mental. De acuerdo con nuestro estudio, la realización de programas de formación específicamente diseñados para áreas de este ámbito de la patología, como la depresión, son útiles para mejorar a profesionales con ejercicio que han completado sus fases iniciales de especialización.

Por otra parte y como consecuencia de lo previo se deduce que la formación continuada medica es eficiente para aumentar los aptitudes ,actitudes y percepción de los profesionales en ejercicio asistencial e incluso con dilatada historia laboral. En futuros trabajos intentaremos cuantificar el impacto clínico con mejoría de la calidad objetiva y percibida por el paciente que se obtiene por la realización de cursos específicos con rigor académico universitario en profesionales de la medicina.

## LIMITACIONES Y VENTAJAS

La elección de la muestra de participantes en colaboración con el mecenazgo de una industria farmacéutica , podría haber favorecido un sesgo de selección a favor de aquellos profesionales con mayor vocación por la salud mental y mas predispuestos al tratamiento farmacológico. Sin embargo no fueron requisitos para la participación ,ni la vocación por la salud mental ni la preferencia terapéutica. Sesgos de selección similares han sido documentados en diferentes estudios.( Aragonés E, et al, 2011; Haddad M, et al, 2012 ; Norton JL, et al,2011).Como aspecto positivo de la realización de la intervención docente debe señalarse la absoluta libertad e independencia

académica de los directores del curso y de su profesorado, en un entorno de racional y crítica libertad de cátedra.

El estudio de las aptitudes y actitudes de los profesionales hacia aspectos de la salud mental es complejo y difícil de abordar con el sólo uso de un cuestionario. Sin embargo, a pesar de su relativa simplicidad, el DAQ , puede ayudar a conocer aspectos generales de la conducta de los profesionales ante la enfermedad. El DAQ tiene limitaciones psicométricas. La heterogeneidad de las soluciones factoriales encontradas en los diferentes estudios ,la baja consistencia interna de estas soluciones ( con valores alpha de Crombach inferiores a 0.7 ), y , el hecho de que, algunos ítems se relacionen con profesiones específicas ,son las principales restricciones de este cuestionario. (Aragónés E, et al, 2011; Haddad M, et al,, 2007; Haddad M, et al, 2012 ; King M, et al,2002 ; Norton JL , et al, 2011 ; Ohtsuki T ,et al, 2012).Como ventaja debe señalarse el haberse diseñado y aplicado un cuestionario específico, CHD, e innovador sobre las percepciones del profesional en la atención al paciente depresivo.

El tamaño de la muestra de nuestro estudio es grande (  $n=970$  ), siendo la mayor de los estudios " ad hoc " en los que se ha utilizado el DAQ hasta la fecha. (Aragónés E , et al, 2011; Botega N, et al, 1992 ; Botega N, et al, 1996 ; Haddad M, et al, 2007; Haddad M, et al, 2012 ; King M, et al,2002 ; Norton JL, et al,2011 ; Ohtsuki T, et al, 2012 ; Richards JC, et al, 2004 ).Un tamaño muestral grande permite establecer comparaciones internas con alto rigor estadístico y es crucial en el estudio de la estructura factorial del DAQ y su consistencia interna.( Osborne JW,et al, 2004) .



## 9- CONCLUSIONES

De este estudio prospectivo realizado sobre una población de médicos de asistencia primaria del territorio español se concluye que:

- 1-los conocimientos y la percepción de capacidad profesional sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la depresión son limitados en la mitad de los profesionales.
- 2-las actitudes y aptitudes de los médicos sobre la depresión no dependen de la edad, de los años de ejercicio profesional ni de haber recibido algún tipo de formación en psiquiatría en los últimos cinco años.
- 3-la realización de un programa de formación de postgrado específico en depresión modifica y mejora las actitudes, aptitudes y la percepción de conocimientos y manejo del paciente deprimido.
- 4-el ejercicio prolongado de la profesión, edad media madura y el desarrollo de actividad laboral no impiden que un programa de formación médica continuada estructurado y diseñado para ayudar a la resolución de las necesidades y carencias del médico consiga una significativa mejoría en los conocimientos y percepciones asistenciales del facultativo.

## 10-BIBLIOGRAFIA

- (1) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand Suppl* 2004 (420):8-20.
- (2) Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en Atención Primaria: Algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Barcelona: Editorial MD; 2003.
- (3) American Psychiatric Association. APA practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Washington, D.C: The Association; 2002.
- (4) Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JFW. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2000;14(1):3-20.
- (5) Aragonés E. Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ). *Aten Primaria*. 2011; 43: 312-8 vol.43.
- (6) Arbesú Prieto JA. Papel actual de la Atención Primaria en el abordaje de la depresión. Nuevas perspectivas. *SEMERGEN* 2006;32(Supl. 1):2-5.
- (7) Ayuso-Mateos JL, Vazques-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-316.
- (8) Benítez Moreno J. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN* 2009;35(Supl 1):50-56.
- (9) Bobes J, Bousoño M, González MP, Saiz PA. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2001.
- (10) Botega N. General practitioners and depression-first use of the Depression Attitude Questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1992;2:169-180.
- (11) Botega NJ, Silveira GM. General practitioners' attitudes towards depression: A study in primary care setting in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42(3):230-237.
- (12) Boulenger J. Residual symptoms of depression: Clinical and theoretical implications. *Eur Psychiatry* 2004;19(4):209-213.
- (13) Brown GW, Adler Z, Bifulco A. Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *Br J Psychiatry* 1988;152:487-498.
- (14) Butler AC, Beck AT. Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist* 1995;48(3):3-5.
- (15) Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J. A Spanish nationwide cross-sectional study of major depression in primary care patients, pt 4:

characteristics of somatic symptoms and relationship with quality of life and health resource utilization. (Fifth International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Vienna, Austria). *Int J Psychiatry Clin Pract* 2005: 301-331.

(16) Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics* 2008;49(6):520-529.

(17) Catalán R. Epidemiología y factores de riesgo de los trastornos afectivos. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, (eds.). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2004.

(18) Chen S. The prevalence of late-life depression and physicians' attitude toward it in primary care settings of China. *Eur Psychiatry* 2009;24:S626.

(19) Cronbach L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-334.

(20) David L. Using CBT in General Practice. The 10 minute consultation. Oxfordshire: Scion; 2006.

(21) Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl. 21):30-33.

(22) Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: The influence of gender and type of impairment. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl. 21):34-37.

(23) Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour?. *Psychol Med* 2000;30(2):413-419.

(24) Egede LE. Failure to recognize depression in primary care: issues and challenges. *J Gen Intern Med* 2007;22(5):701-703.

(25) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-136.

(26) Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007;30(6):69-80.

(27) Eve R. PUNs and DENs: Discovering learning needs in general practice. Radcliffe Publishing Ltd, United Kingdom, 2003.

(28) Fava GA, Ruini C, Sonino N. Management of recurrent depression in primary care. *Psychother Psychosom* 2003;72(1):3-9.

(29) Fava M. Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63(4):305-307.

- (30) García Campayo J, Alda M. Elementos básicos de etnopsicofarmacología. *Actas Esp Psiquiatría* 2003 31(3):156-162.
- (31) García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, et al. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10(5):355-362.
- (32) García-Cebrián A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms-a review of the European literature. *Eur Psychiatry* 2006;21(6):379-388.
- (33) Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988;297(6653):897-899.
- (34) Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154(7):989-995.
- (35) Haddad M, Butler GS, Tylee A. School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: A UK-wide cross-sectional study. *J Adv Nurs* 2010;66(11):2471-2480.
- (36) Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: A pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Fam Pract* 2012;29(2):121-130.
- (37) Haddad M, Walters P, Tylee A. District nursing staff and depression: A psychometric evaluation of Depression Attitude Questionnaire findings. *Int J Nurs Stud* 2007;44(3):447-456.
- (38) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006;126(12):445-451.
- (39) Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003;65(4):528-533.
- (40) Hollon SD, Shelton RC, Wisniewski S, Warden D, Biggs MM, Friedman ES, et al. Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: Preliminary findings from the STAR\*D clinical trial. *J Psychiatr Res* 2006;40(1):59-69.
- (41) Holmes C, Lovestone S. The molecular genetics of mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1997;10(2):79-83.
- (42) Karp JF, Scott J, Houck P, Reynolds III CF, Kupfer DJ, Frank E. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *J Clin Psychiatry* 2005;66(5):591-597.
- (43) Katon W. The predictors of persistence of depression in primary care. *J Affect Disord* 1994;31(2):81-90.

- (44) Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):147-155.
- (45) Kerr M, Blizzard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br J Gen Pract* 1995;45(391):89-92.
- (46) King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: Randomised controlled trial. *Br Med J* 2002;324(7343):947-950.
- (47) Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):734-741.
- (48) Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52(5 suppl):28-34.
- (49) López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- (50) Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, Russell J. Neurobiology of depression: An integrated view of key findings. *Int J Clin Pract* 2007;61(12):2030-2040.
- (51) Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005;353(17):1819-1834.
- (52) Manzanera-Escartí R. Tratamiento de la depresión. *SEMERGEN* 2006;32(Supl. 2):31-7.
- (53) Manzanera-Escartí R, Ibáñez-Tarín C, Scoufalos S, Arbesú-Prieto J. Terapéutica en Atención Primaria. Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. Aproximación práctica. *SEMERGEN* 2007;33(8):425-429.
- (54) Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J of Mental Health Systems* 2009 25;3: Article Number 5.
- (55) McEwen BS. Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacol* 2000;22(2):108-124.
- (56) Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370(9590):851-858.
- (57) National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE; 2004.
- (58) Nemeroff CB. Recent advances in the neurobiology of depression.

Psychopharmacol Bull 2002;36(Suppl 2):6-23.

(59) Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron* 2002;34(1):13-25.

(60) Nestler EJ, Gould E, Manji H. Preclinical models: Status of basic research in depression. *Biol Psychiatry* 2002;52(6):503-528.

(61) Nichol MB, Venturini F, Sung JCY. A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Ann Pharmacother* 1999;33(5):531-540.

(62) Norton JL, Pommie C, Cogneau J, Haddad M, Ritchie KA, Mann AH. Beliefs and attitudes of French family practitioners toward depression: The impact of training in mental health. *Int J Psychiatry Med* 2011;41(2):107-122.

(63) Nuevo R, Leighton C, Dunn G, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, et al. Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community. *Psychol Med* 2010;40(12):2069-2077.

(64) Ohtsuki T, Kodaka M, Sakai R, Ishikura F, Watanabe Y, Mann A, et al. Attitudes toward depression among Japanese non psychiatric medical doctors: a cross sectional study. *BMC Res Notes* 2012 ,5 :441.

(65) Oladinni O. A survey of inner London general practitioners' attitudes towards depression. *Primary Care Psychiatry* 2002;8(3):95-98.

(66) OMS. CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor; 1999.

(67) Osborne JW, Costello AB. Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2004;9(11):<http://PAREonline.net/getvn.asp?v=9&n=11>.

(68) Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Brodaty H, Boyce P, Mitchell P, Wilhelm K, et al. Predicting the course of melancholic and nonmelancholic depression. A naturalistic comparison study. *J Nerv Ment Dis* 1992;180(11):693-702.

(69) Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25(6):1171-1180.

(70) Payne F, Harvey K, Jessopp L, Plummer S, Tylee A, Gournay K. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *J Adv Nurs* 2002;40(5):549-559.

(71) Pincus HA, Sacks H, Kroenke K. Depression and primary care [3] (multiple letters). *Ann Intern Med* 1997;127(8):654.

(72) Richards IC, Ryan P, McCabe MP, et al. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:795-803.

(73) Ross S, Moffat K, McConnachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and attitude: A randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49(438):17-21.

- (74) Ruiloba JV, Cercós CL. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2005.
- (75) Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician* 2006;73(1):83-86.
- (76) Sadock B, Sadock V. (eds.) Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- (77) Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Supplement* 1996(30):38-43.
- (78) Sighinolfi C, Norcini Pala A, Casini F, Haddad M, Berardi D, Menchetti M. Adaptation and psychometric evaluation of the Italian version of the depression attitude questionnaire (DAQ). *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22(1):93-100.
- (79) Simon GE, Goldberg SD, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(2):97-105.
- (80) Sobocki P, Ekman M, Ovanfors A, Khandker R, Jonsson B. The cost-utility of maintenance treatment with venlafaxine in patients with recurrent major depressive disorder. *Int J Clin Pract* 2008;62(4):623-632.
- (81) Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(2):229-233.
- (82) Spadone C. Evolution of depressive disorders. *Presse Med* 2004;33(20):1469-1473.
- (83) Stahl SM. Essential Psychopharmacology. 2<sup>a</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- (84) Stimpson N, Agrawal N, Lewis G. Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression. *Br J Psychiatry* 2002;181:284-294.
- (85) Tay ATS. Attitudes of primary care physicians towards depression: Pre and post clinical updates. *Asian J Psychiatry* 2011;4:S57.
- (86) Thornett AM, Pickering RM, Willis T, Thompson C. Dowrick et al. found no relationship between the scores on the Depression Attitude Questionnaire and GPs' ability to identify depressed individuals in the surgery. *Psychol Med* 2001;31(1):181.
- (87) Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7(4):167-176.
- (88) Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-392.
- (89) Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, (eds.). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2004.

- (90) Vuorilehto M, Melartin T, Isometsa ET. Depressive disorders in primary care: Recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med* 2005;35(5):673-682.
- (91) Weiller E, Boyer P, Lepine J, Lecrubier Y. Prevalence of recurrent brief depression in primary care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244(4):174-181.
- (92) Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB. The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on psychological problems in general health care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244(4):182-189.
- (93) Weissman MM, Klerman GL. The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry* 1977;18(6):523-532.
- (94) Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult outpatients: Results from the medical outcomes study. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(10):788-794.